

تأليف
برنارد بيرلسون

ترجمة
محمد محبوب
بهيرة مختار
د. ممدوح الوكيل العوضي الوكيل
د. خليل الديواني

تقديم
د. عزيز البنداري

برامج تنظيم الأسرة

(عرض دولي شامل)

نشر هـــذا الـكتاب بالاشـــتراك

مـــع

مؤسسة فرانكلـــين للطباعة والنشر

القاهرة ــ نيويورك

ديسمبر سنة ١٩٧٢

برامج تنظيم الأسرة

(عرض دولي شامل)

بإشراف
برنارد بيرلسون

بقلم
طائفة من المتخصصين

ترجمة

محمد محبوب — بهيرة مختار

الدكتور ممدوح الوكيل العوضي الوكيل — الدكتور خليل الديواني

تقديم
الدكتور عزيز البنداري

الناشر
دار المعرفة
١٥ شارع صبري أبو علم — القاهرة

المشتركون فى هذا الكتاب

المشرف على التحرير :

برنارد بيرلسون : رئيس مجلس السكان بالولايات المتحدة الأمريكية . كان مديراً لقسم العلوم السلوكية ، بمؤسسة فورد ، ومديراً لمكتب البحوث الاجتماعية التطبيقية ، بجامعة كولومبيا .

المؤلفون :

جون د روكفلر الثالث : مؤسس ورئيس لجنة الاوصياء بمجلس السكان ، ورئيس ومؤسس مجلس التنمية الزراعية ، ومجتمع آسيا .

مينورو موراماتسو : مدير الإداوة الديموجرافية للصحة العامة ، ومعهد الصحة العامة فى اليابان . كان أستاذاً زائراً بجامعة جونز هوبكنز ، وأستاذاً بمدرسة الطب التابعة لجامعة طوكيو .

تايك إيل كيم : مدير مكتب الصحة العامة بوزارة الصحة والشئون الاجتماعية بكوريا الجنوبية .كان رئيسا لقسم صحة الأمومة ، وعاون فى تنظيم وحدة التقويم .

ل . ب . تشو : كان المؤسس والمدير لمركز الدراسات السكانية بتايوان ، وهو الآن مدير المركز الصينى للتدريب الدولى على تنظيم الأسرة . وهوأستاذ زائر بمدرسة الصحة العامة بجامعة جونز هوبكنز .

محمد خير جوهرى :وزير التربية ورئيس الهيئة الوطنية لتنظيم الأسرة ، بماليزيا . وهو أحد المربين البارزين فى بلاده .

ك . كاناجاراتنام : نائب مدير الخدمات الصحية بوزارة الصحة بسنغافورة ، ورئيس هيئة السكان وتنظيم النسل .

ديباك بهاتيا : مفوض بمصلحة تنظيم الأسرة فى الهند . وهو أحد أطباء

الصحة العامة فى الهند ، وكان له دور بارز فى نشر برنامج تنظيم الأسرة هناك .

إنفر آديل : سكرتير قسم تنظيم الأسرة الحكومى بباكستان ، وقد ساعد فى إقامة برنامج تنظيم الأسرة والمعهد الوطنى لبحوث تنظيم الأسرة فى باكستان منذ سنة ١٩٦٥ .

تيرجت متيفر : المدير العام لقسم تنظيم الأسرة والمعونة الاجتماعية ، وهو عضو باللجنة التنفيذية لجمعية تنظيم الأسرة بتركيا .

آمور دالى : المدير الطبى المساعد بوزارة الصحة بتونس ، حيث يتولى مسئولية تنمية وتطوير الخدمات الصحية ، بما فيها تنظيم الأسرة .

أنطونيو هرنانديز توريز : المدير الإقليمى لأمراض النساء والولادة بالمستشفى الجامعى بسان جوان ، بورتوريكو .

ل . ل . ويليامز : الموظف المسئول عن قسم تنظيم الأسرة بوزارة الصحة ، بجامايكا ، كان عضواً بهيئة خبراء وسائل منع الحمل بمنظمة الصحة العالمية .

هرنان روميرو : كان أستاذ كرسى علوم الصحة والطب ، بجامعة شيلى ، وكان السكرتير التنفيذى لمؤتمر نصف الكرة الغربى للاتحاد الدولى لتنظيم الأسرة ، وهو الآن يعمل بمصلحة الصحة والطب الوقائى بشيلى .

ليزلى كورسا : مدير مركز تخطيط السكان بجامعة ميتشجان . كان عضواً فى البعثة الاستشارية لمجلس السكان فى تركيا وعمل ممثلا مقيما فى باكستان .

جيرالد زاتوشنى : عضو فى قسم المعونة الفنية ، بمجلس السكان ، ومدير البرامج الدولية لتنظيم الأسرة بعد الولادة . أشرف على تحرير كتاب فى تنظيم الأسرة بعد الولادة .

هوارد س . تايلور ، الابن : مدير المركز القومى لدراسة التناسل البشرى بجامعة كولومبيا . وكان رئيسا للجمعية الأمريكية والجمعية الدولية لأطباء أمراض النساء والولادة .

كريستوفر تيتز : المدير المساعد لقسم الطب الحيوى بمجلس السكان .

وكان مديراً للبحوث باللجنة القومية لصحة الأمومة ، بالولايات المتحدة الامريكية .

شلدون ج . سيجال : مدير قسم الطب الحيوى ، بمجلس السكان . كان محاضراً لعلم الأجنة قبل أن ينضم إلى المجلس . ألف كثيراً من الكتب فى مجالات الأجنة والغدد الصماء .

هارى ليفين : يتولى مسئولية أعمال مجلس السكان فى مجال التعليم وجمع المعلومات فيما يختص ببرامج تنظيم الأسرة . قام قبل ذلك بالاشتراك فى تأسيس إحدى شركات صناعة أدوات المكاتب بولاية نيو انجلند .

س . م . كينى : الممثل المقيم لمجلس السكان بشرق آسيا ، قضى معظم سنوات حياته يعمل بمنظمات الخدمة ، بما فيها صندوق الأمم المتحدة للأطفال .

و . باركر مولدين : نائب رئيس مجلس السكان . كان قبل ذلك رئيساً لبحوث القوى العاملة الخارجية بمكتب التعداد .

أوسكار هاركاف : الموظف المسئول عن برنامج مكتب السكان بمؤسسة فورد . كان أستاذاً مساعداً لإدارة الأعمال بجامعة سيرا كيوز . وضع مؤلفات كثيرة عن الأعمال الخيرية الخاصة .

كولفيل ديفريل : أول سكرتير عام للاتحاد الدولى لتنظيم الوالدية . كان رئيساً لأول بعثة استشارية أوفدتها الأمم المتحدة لتنظيم الأسرة بالهند .

كارل وارين : كان مديراً لبرامج تنظيم الأسرة والبحوث بالوكالة السويدية الدولية للتنمية ، وهو الآن مستشار لبرنامج السكان بمركز التنمية التابع لمنظمة التعاون الاقتصادى والتنمية بباريس .

مالكولم هـ . ميريل : كان نائباً مساعداً للإدارة بمكتب الحرب ضد الجوع ، بوزارة الدولة ، بالولايات المتحدة الأمريكية ، كما كان مديراً للخدمة الصحية ، بإدارة البحوث الفنية بالهيئة الدولية للتنمية .

المترجمون :

محمد محبوب عبد العزيز (ترجم الفصول من الأول حتى السابع) : التحق بالفنون الجميلة سنة ١٩٣١ ، ثم تخصص فى الألوان المائية على الفنان « هدايت » . أقام أول معرض خاص بصوره بالقاهرة سنة ١٩٣٨ ، وأقيم أحدث معارضه بقاعة « أخناتون » سنة ١٩٧٠ . بدأ العمل فى الصحافة سنة ١٩٤٥ مترجماً بجريدة « المصرى » ثم رئيساً للأخبار الخارجية ، ثم كاتباً لصفحة « شـــرق و غرب » ، انتقل إلى جريدة الجمهورية سنة ١٩٥٤ مشرفا على الأخبار الخارجية وكاتباً لصفحات يومية وأسبوعية ، وظل يعمل بها حتى أكتوبر سنة ١٩٧١ . أنهى خدمته الصحفية ليتفرغ للترجمة وترجم عدة كتب منها : « القديسة جون » و « الأسلحة النووية ومستقبل الإنسان » . و « الهدنة الدامية (الفلسطينية) » و « الوحدة الافريقية » و « أندروكليس والأسد » . كما اشترك فى ترجمة أجزاء من موسوعة « تاريخ التكنولوجيا » .

بهيرة مختار (ترجمت الفصول من الثامن إلى الرابع عشر) : محررة بجريدة الاهرام بقسم التحقيقات الصحفية . تخرجت فى كلية الآداب سنة ١٩٥٨ ، وعملت منذ تخرجها بجريدة الأهرام حيث تخصصت فى معالجة مشكلات المرأة عن طريق المرأة والتحقيقات الصحفية ، وبدأ تخصصها فى ميدان الكتابة عن تنظيم الأسرة منذ سنة ١٩٦٣ عندما أصبحت عضواً فى أول لجنة أهلية تعمل فى ميدان تنظيم الأسرة ، وهى اللجنة المشتركة لتنظيم الأسرة التى تطورت الآن وأصبحت الجمعية العامة لتنظيم الأسرة (٣٦٠ مركزاً أهلياً) . واشتركت فى عدة مؤتمرات محلية عن تنظيم الأسرة ببحوثها عن دور وسائل الإعلام فى هذا المجال . وما زالت تواصل جهودها فى التخطيط لبرامج التوعية فى الجمعية العامة وجمعية القاهرة لتنظيم الأسرة .

الدكتور ممدوح الوكيل العوضى الوكيل (ترجم الفصول من الخامس عشر إلى الحادى والعشرين والكشاف التحليلى) : مدرس بكلية الطب ، جامعة

الأزهر . حاصل على بكالوريوس شرف فى الطب والجراحة من جامعة عين شمس سنة ١٩٦٤ ، ودبلوم العلوم الفنية الطبية من جامعة الأزهر سنة ١٩٦٨ ، ودبلوم الأمراض الباطنية من كلية الطب ، جامعة القاهرة سنة ١٩٧٠ ، وعلى شهادة (E. C. F. M. G) من الولايات المتحدة سنة ١٩٦٨ وعلى دكتوراه فى الطب ، فرع الكيمياء الحيوية بامتياز من كلية الطب جامعة الأزهر سنة ١٩٧١ . ألف كتاب : « النوم والرؤيا بين العلم والدين » كما كتب مقالات عن تقدير اليود فى السوائل البيولوجية .

الدكتور خليل الديوانى (ترجم الفصول من الثانى والعشرين إلى السادس والعشرين) : حصل على بكالوريوس الطب والجراحة سنة ١٩٦٠ ، وعلى دكتوراه طب الأطفال سنة ١٩٦٥ . يعمل مدرساً بكلية طب الأزهر منذ سنة ١٩٦٦ . له مؤلفات طبيـــة فى طب الأطفال ، ورسم القلب ، وعلم البصمات .

صاحب المقدمة :

الدكتور عزيز البندارى : رئيس الجهاز التنفيذى بالمجلس الأعلى لتنظيم الأسرة .

الغلاف : بريشة الفنان بيكار

محتويات الكتاب

صفحة

تقـــديم

هذا المجلد يبين ما يتبع اليوم فى البرامج القومية لتنظيم الأسرة كوسيلة لتناول مشكلة تزايد السكان ومعالجتها . إنه يصف تطور برامج تنظيم الأسرة فى عدد من البلاد ، ويعرض ما يتبع الآن فى عدة جوانب تتصل بالطب الحيوى والنواحى الاجتماعية من المشكلة ، ويستعرض بعض البرامج الكبرى للمساعدة الدولية .

وبوصفى مشرفا على التحرير ، فإنى أعبر عن شكرى وتقديرى لكل الذين شاركوا فى هذا العمل لما بذلوه من جهد تعاونى صادق فى سبيل تقديم هذا الحشد المتجدد من الحقائق والمعلومات عن هذه الحركة الهامة .

وقد بدأ هذا المجلد فى نشأته كسلسلة من أحاديث فى برنامج إذاعى يناقش فيه نخبة من الخبراء هذه القضية فى إذاعة « صوت أمريكا » . وإنى لأسجل عرفانى الشخصى بالجميل لثيودور أ . ويرتايم ، معد البرنامج الإذاعى ، لما أمدنى به من عون وتشجيع فى تنظيم هذه السلسلة .

برنارد بيرلسون

ارفنجتون — أون — هدسون ، نيويورك

فـــبراير ١٩٦٩

مقـــدمة

بقلم
د. عزيز البندارى

إن النمو السكانى بمعدلاته الأسرع والأكثر تزايداً عن معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، قد أضحى — فى الحقيقة — يمثل أشد المشكلات والأزمات حدة وتأثيراً ضد كل دول العالم بصفة عامة .

بل إنه أصبح — بصفة خاصة — يشكل الهوة العميقة أو الحاجز الضخم بين قدرات وإمكانيات الدول النامية وبين آمال ومصالح شعوبها فى التقدم الإنسانى والحضارى على مستوى الحاضر والمستقبل معاً .

ومما يفسر مدى شدة المشكلة السكانية ، ذلك الاهتمام الواضح والجهود المكثفة التى تبديها الهيئات والمنظمات الدولية والحكومات تجاه الدراسات المستمرة والبحوث العلمية المتلاحقة حول هذه المشكلة المعقدة، وتلك المحاولات الجادة المتصلة ، والاعتمادات المادية الهائلة من أجل هذه الأزمة الطاحنة ودرء خطرها المتزايد ضد كل مجالات وأنشطة الإنسان المعاصر .

وحيث إن هناك صلة وثيقة ، وعلاقة تبادلية مؤثرة بين الزيادة السكانية من ناحية ، والتخلف الاقتصادى والاجتماعى من ناحية أخرى ، فإن علاج المشكلة السكانية — بالتالى — يكمن فى تلازم برامج العمل المستهدفة تخفيض وإبطاء معدلات الزيادة السكانية ، وتلك المستهدفة زيادة وسرعة التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، فى نفس الوقت ودون تأخير .

والإنجاب الزائد مع قلة الوفيات ، وخاصة بين الأطفال ، نتيجة التقدم العلمى والصحى الذى حدث مؤخرة فى البلدان النامية ، هو العنصر الرئيسى المؤثر فى إحداث النمو السكانى المتزايد السريع المكون لأحد طرفى المشكلة السكانية .

ومن هنا — فمن البدهى والمنطقى — أن برامج العمل لعلاج المشكلة

السكانية تهتم فى المقام الأول بتخفيض معدلات المواليد ، ولما كانت ظاهرة الإنجاب الزائد تنتج من وجهة النظر العلمية — عن دوافع وأسباب اقتصادية واجتماعية وثقافية ، فإن علاج مثل هذه الظاهرة يكمن جذرياً فى دراسة ثم تغيير أو تعويض تلك الدوافع والأسباب ، ليحل الإنجاب المنخفض محل الإنجاب الزائد ، وليصير الإنجاب — كسلوك إنسانى — بالاختيار والتنظيم وليس بالمصادفة أو العفوية ، وذلك ما يكسب العمل فى هذا الميدان أبعاده الاجتماعية وما يوسع مفهومه ليكون تنظيما للأسرة .

فكما أن التزايد السكانى فى جمهورية مصر العربية — كما ورد بالميثاق عام ١٩٦٢ — هو أخطر العقبات التى تواجه جهود الشعب المصرى فى انطلاقه نحو رفع مستوى الإنتاج فى بلاده بطريقة فعالة وقادرة ، أو كما عرض برنامج العمل الوطنى فى عام ١٩٧١ ، فإن التزايد السكانى وراء معظم نواحى القصور وأوجه الإنجازات الضخمة التى حققها الشعب المصرى خلال السنوات العشر الأولى للتطبيق الاشتراكى ، وإن معدل زيادة السكان فى بلادنا معدل رهيب لا نملك القدرة على تحمله أو الوقوف إزاءه موقف المتفرج أو اليائس ، وإن المشكلة السكانية صعبة ومعقدة حقا ولكن هذا لا يبرر أن نهرب منها ، بل على العكس يتحتم علينا أن نتصدى لمواجهتها دون تأخر وبكل حزم وقوة ، وإن هذه الظاهرة لو استمرت لقضت على كل أمل للتطور والتقدم ، بل لهددت أيضا مجرد استمرارنا .

فإنه فى نفس الوقت يشهد الميثاق بأن محاولات تنظيم الأسرة بغرض مواجهة مشكلة تزايد السكان تستحق أصدق الجهود المعززة بالعلوم الحديثة .

ويقرر البرنامج أن تنظيم الأسرة قضية سياسية واجتماعية ، سياسية لأنها تتصل بحاضر المجتمع ومستقبله ، واجتماعية لأنها تخضع لعوامل وقيم اجتماعية . وإنها قضية قومية بمعنى الكلمة . ولها أهمية بالغة وأثر مباشر على

تطوير اقتصادنا القومى . كما أنها مهمة لا يمكن أن تتولاها أجهزة الدولة وحدها ، ولا يمكن أيضا أن تتركها للمجهود الفردى للجماهير .

ولقد بدأ المشروع القومى لتنظيم الأسرة فى جمهورية مصر العربيـة فى أكتوبر سنة ١٩٦٥ عندما أعلن السيد نائب رئيس الجمهورية ورئيس الوزراء فى سياسة وزرائه البدء فى تنفيذ المشروع القومى لتنظيم الأسرة .

وفى نوفبر سنة ١٩٦٥ صدر القرار الجمهورى رقم ٤٠٧٥ لسنة ١٩٦٥ فى شأن إنشاء المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة . وفى أغسطس سنة ١٩٧٢ صدر القرار الجمهورى رقم ١٠٥٤ لسنة ١٩٧٢ بشأن المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة ، وقد حدد اختصاصات المجلس فيما يلى :

١ ـــ وضع الخطة العامة لتنظيم الأسرة ، مع وضع البرامج الزمنية المحددة لتنفيذها ، وتحديد دور كل الجهات المعنية ومسئوليتها فى تنفيذ هذه البرامج ، والإشراف على التنفيذ ومتابعته بالنسبة لجميع الجهات التى تعمل فى هـذا المجـال .

٢ ـــ تنظيم وتنسيق التعاون بين جميع الجهات المعنية التى تسهم فى تنفيذ برامج تنظيم الأسرة بما يحقق التكامل فى أدائها ، ومدها بالمشورة والخبرة والمعونات التى تحتاج إليها فى تنفيذ هذه البرامج .

٣ ـــ تشجيع البحوث والدراسات والخدمات الخاصة والأنشطة المذكورة ، ووضع قواعد للمنح المالية والمكافآت والإعانات والحوافز المحققة لذلك .

٤ ـــ إعانة الجمعيات المهنيـــة والعلمية والاجتماعية التى تعمل فى مختلف التخصصات المتصلة بنشاط المجلس ووضع القواعد المتعلقة بذلك .

٥ ـــ يعاون « جهاز تنظيم الأسرة » المجلس الأعلى فى إعداد الدراسات

والبحوث وتحضير مشروعات القرارات التى يتخذها المجلس فى مجالات اختصاصه ،ويتولى الجهاز ـــ وفقاً لتوجيهات وتعليمات المجلس ـــ القيام بكل ما يحقق أغراضه .

ومن الثابت أن المشروع القومى لتنظيم الأسرة فى ج . م . ع قد بدأ بتركيز أكثر على الجانب الطبى ، وباستخدام حبوب منع الحمل كوسيلة أساسية ، ولم يكن للمشروع منذ بدايته برنامج متكامل للتوعية والإعلام والتعليم .

ومع نمو خدمات تنظيم الأسرة وزيادة عدد العيادات واستمرار العمل وتطويره فى الجانب الطبى ، وربط خدمات تنظيم الأسرة بالخدمات الصحية ، فلقد أعدت خطة للتوعية والإعلام والتعليم بدأ تنفيذها عام ١٩٧٠ باستخدام وسائل الاتصال الجماهيرى كالإذاعة والتليفزيون والسينما والصحافة ، وأعدت خطة للتدريب بدأ تنفيذها عام ١٩٧١ لتزويد العاملين بتنظيم الأسرة والقيادات المحلية بالمعلومات والمهارات والاتجاهات المرتبطة بتنظيم الأسرة .

كذلك تجرى الدراسات والبحوث العلميـــة والتجارب الميدانية حول المشروعات العملية التى تكون الظروف المهيئة لممارسة تنظيم الأسرة ، كمشروع تشغيل المرأة ، ومشروع التضامن الاجتماعى للأسرة ، ومشروع ما بعد الولادة ، ومشروع العمل فى المناطق الصناعية .

ومن هنا فإننى أرحب ترحيبا بالغا بالترجمة العربية لـكتاب Berelson, « FAMILY PLANNING PROGRAMS » الذى أعتبره إضافة حقيقية للجهود المخلصة فى ميدان البحوث والدراسات العلمية لتنظيم الأسرة ، وأتمنى أن يؤتى ثماره فى نقل تجارب الآخرين إلينا ، لنتعلم من ناحية ولنعرف أكثر أين نحن من الجهود الدولية فى ميدان تنظيم الأسرة من ناحية أخرى . ويسعدنى أن أقدم هذا العمل إلى المكتبة العربية إلى المهتمين عسى أن يجدوا فيه خيراً ؟

رئيس جهاز تنظيم الأسرة

(د . عزيز البندارى)

٢٠ أكتوبر ١٩٧٢

القسم الأول

مقدمة

١

نحو إثراء الحياة

جون د. روكفلر، الثالث

فى عالم اليوم ، ليس هناك مشكلة أشد إلحاحا ولا أكثر أهمية لخير البشرية من مشكلة تحديد النمو السكانى . إنها مشكلة تفرض عواقبها على العالم بأسره ، وتتطلب عناية كل الأمم — شرقها وغربها ، كبيرها وصغيرها ، النامية منها ، والتى هى فى طريق النمو . إن فى معظم أمم العالم الماضية فى طريق النمو ، يستهلك النمو السكانى الكثير من نموها الاقتصادى ، بما يفرض على الشعب فقراً متواصلا . ذلك أن التزايد السكانى المتعجل يعوق قدرة الأمة على التقدم ، وعلى إرضاء المطالب المتزايدة لشعبها فى سبيل حياة أفضل .

وكما تهيأ للكثير من الناس أن يدركوا ، فإن العصر الحالى يعد حقبة شديدة الخطورة فى تاريخ الإنسان ، وبخاصة الأعوام الباقية من القرن العشرين . والمشكلة السكانية لها جذورها الدرامية الصارخة فى كل ما تبينه وتكشف عنه الإحصاءات . لقد اقتضى الأمر التاريخ برمته ليكون سكان العالم بحلول الأربعينيات من القرن التاسع عشر بليوناً واحداً من البشر . واقتضت إضافة البليون الثانى أقل من قرن ، ثم مجرد خمسة وثلاثين عاما لإضافة البليون الثالث . وبهذه العملية الحسابية الصارمة نفسها ، ومالم يحدث شيء يغير هذا التيار الجارف من النمو ، فإن العالم سوف يضاعف سكانه الحاليين بنهاية القرن العشرين ، ليصل بتعداد الناس إلى أكثر من سبعة بلايين نسمة ، وهذا ما يعنيه تعبير « الانفجار السكانى » .

ثم تزداد الصورة قتامة ، عندما نتأمل التقديرات الكثيبة التالية عن النمو السكانى : إن الجانب الأكبر من النمو فى المستقبل سوف يجرى فى العالم الأقل مسايرة لركب الحضارة ، وبالضبط بين تلك الأمم غير المعـــدة إطلاقاً لاستيعابه ومواجهته . والذى يحدث الآن فعلا ، هو أن الأمم الأقل تطوراً هى التى تنمو وتتزايد بمعدل أسرع — يزيد مرتين ، بل وثلاث مرات ، عما هو عليه فى الأمم الصناعية .

بل إن فى وسعنا أن نتوقع فى المستقبل أن بعض الأمم الأشد فقراً سوف تنمو بمعدل أسرع مما هو عليه الآن بفضل المزيد مما تتلقاه من العقاقير الطبية الحديثة ذات المنافع السهلة الميسورة .

ماذا سوف يحدث للأمم الأقل تطوراً إذا زاد عدد سكانها على الضعف بحلول عام ٢٠٠٠ ؟ هل سيكون فى استطاعتها أن تضاعف مواردها من المواد الغذائية ؟ هل سيكون فى استطاعتها أن تهيء مئات الملايين من الوظائف والأعمال اللازمة للحيلولة دون حدوث بطالة جماعية طاغية ؟ ! هل سيكون فى استطاعتها أن تواجه تحدياً ذا أبعاد لم يسبق أن واجهتها من قبل — لمجرد أن تحفظ الفقر الحالى للكثيرين من شعبها كيلا يصبح أسوأ مما هو عليه ؟ !

وفى الوقت نفسه ، ألا يجدر بنا أن نطالب بما هو أكثر من هـذا ؟ إن الغرض النهائى من برامج تنظيم الأسرة يجب ألا يكون تقييد الحياة ، بل إثراءها . فالكثيرون من الناس يقصرون تفكيرهم فى المشكلة السكانية على حدود ضيقة ، باعتبارها أعدادا من الناس فقط مقابل المواد الغـذائية الميسورة ، وهو ما يبدو أنه يعادل الإنسان بالحيوان والطعام بالعلف . وكما أراها ، فإن المشكلة ذات ثلاثة أبعاد ، لا بعدين : معدلات النمو مقابل الموارد الثقافية إلى جانب الموارد المادية . فالمجتمع يجب أن يصنع ما هو أكثر من أن يطعم ويكسو ويسكن ناسه . . . إذ ينبغى له أيضا أن يرضى حاجات الإنسان ومطامحه الذهنية والعاطفية والروحية — ومعنويات ثمينة تجعل الحياة جديرة

بأن يحياها الإنسان ، وتضفى عليها معنى وغاية . .

فحتى لو هدانا العلم إلى طريقة إطعام بلايين زيادة — كما هو خليق بأن يفعل — فإننا لن نكون قد سيطرنا على المشكلة السكانية . . ذلك أن الحل الكامل يتوقف أيضاً على قدرة المجتمع على مواجهة حاجات الإنسان العليا غير المادية ، وعلى أن يمنح كل طفل فرصة ليحقق فى الحياة أكثر من مجرد الوجود — فرصة كى يعيش كما هو باق على قيد الحياة ، إننا معنيون بالكم فى الحياة — وبالمعدل الذى يزيد به هذا الكم ، لأننا معنيون فقط بالكيف فى الحياة .

إن هذه المشكلة السكانية هى بالتأكيد من أشد المشكلات التى واجهت الجنس البشرى قسوة فى كل تاريخه . فكيف انحرفت الإنسانية إلى موقفها الراهن؟ وماذا يمكن أن تفعل الجهود النشيطة الحكيمة التى تبذل بشأنه ؟ إن هذه الأسئلة والأجوبة عنها هى موضوع هذا المجلد . فالأزمة السكانية سوف تستكشف بتفصيلاتها بمعرفة إداريين وخبراء من جميع أنحاء العالم : من اليابان حيث أخضع النمو السكانى للسيطرة . . ومن الولايات المتحدة حيث تنبهت الحكومة أخيرا إلى وجود مشكلة . . ومن الأمم الأقل تطورا من العالم ، حيث يمكن رؤية المشكلة فى أشد أشكالها صرامة ، وحيث يتخذ البحث عن حلول أحيانا سمة اليأس . وسوف يعنى هذا المجلد أيضا بإيضاح العون الذى تستمده مساعى البحث عن حلول من التحسينات الباهرة لتكنولوجيا منع الحمل ، ومن الجهود الجديدة التى تبذل فى سبيل الإفادة إلى أقصى درجة ممكنة من خبرات وإمكانيات المؤسسات الطبية فى الولايات المتحدة وفى العالم الخارجى . وبالإضافة إلى ذلك ، فإنه سوف يعنى بإيضاح المساعى التى تبذل فى سبيل إيجاد حلول من جانب جماعات خاصة مثل : (مؤسسة فورد) و (المنظمة السويدية للتنمية الدولية) ، و (المجلس السكانى) .

ولقد بدأ اهتمامى الخاص بالمشكلة السكانية قبل الحرب العالمية الثانية بفترة

ليست بالقصيرة ، ثم اتخذت شكلا راسخا فى سنة ١٩٥٢ حين كنت أعاون فى إنشاء المجلس السكانى . وفى الأعوام التالية بوصفى رئيسا لمجلس الأمناء لهذه المنظمة أسعدنى وأرضانى أن أراها تتطور إلى أحد المراكز العالمية الكبرى للبحث والنشاط فى كل جوانب المشكلة . و (المجلس السكانى) يسعى عن طريق باحثيه المتفرغين للعمل به وبالمنح التى يقدمها للآخرين ، إلى إيجاد حلول للمشكلات السكانية فى جبهات كثيرة : دراسة الاحصاءات السكانية (الديموجرافيا) ، وبحوث الأحياء ، والبحوث الطبية ، وتصنيف الحقائق والمعلومات وتقديم المعونة الفنية (التكنيكال) لبرامج تخطيط الأسرة . وقد أقنعنى عملى مع (المجلس السكانى) أكثر من أى وقت مضى بأن المشكلة السكانية لا تقل فى أهميتها بحال من الأحوال عن أية مشكلة تواجه الجنس البشرى اليوم بما فيها حتى السلام نفسه . فعلى المدى البعيد ، لن يتيسر توطيد دعائم سلام حقيقى دائم بدون نمو سكانى مستقر الأركان .

ومما له دلالة نافعة أن نعود بالذاكرة إلى عام ١٩٥٢ عندما نظم (المجلس السكانى) لأول مرة . إنه ليس زمنا موغلا فى القدم بالمفهوم التاريخى ، بل ولا حتى بمفهومات المشكلة السكانية ، ومع ذلك ففى سنة ١٩٥٢ لم يكن هناك أية برامج لتنظيم الاسرة فى طول البلاد وعرضها . . بل الواقع أنه لم يكن هناك اعتراف سائد بأن ثمة مشكلة سكانية موجودة . والكثير مما نعده الآن إجراءات عادية مألوفة لتخطيط الاسرة لم يكن فى الامكان حتى مجرد مناقشته فى المجتمع المهذب . . وكانت أمم كثيرة من بينها بعض أجزاء من الولايات المتحدة قد سنت قوانين تحرم إذاعة لا مجرد وسائل تحديد النسل فقط ، ولكن أيضا أية معلومات عن تحديد النسل .

يضاف إلى ذلك أنه بحلول عام ١٩٥٢ كانت كل القوى المفضية إلى النمو السكانى المتفجر قد تجلت فعلا للعيان فى أكمل صـــورة . ذلك أن العقاقير الحديثة الواقية من الأمراض مع ما ساد العالم كله من إدراك للتغذية الصحيحة كانا قد تكاتفا لخفض معدلات الوفاة تخفيضا هائلا ، وخاصة فى العالم الاقل

تطورا . وفى أنحاء العالم استمرت العادات المتأصلة تدعمها أحيانا قيم أخلاقية فى دفع نسبة المواليد إلى الارتفاع . وبقدر ما يعرف الجميع ، فإن معظم الرجال والنساء فى العالم الأقل تطورا يريدون أن يكون لهم من الاطفال قدر ما يستطيعون ، أو (على حد تعبيرهم فى أغلب الأحيان) « بقدر ما يشاء الله » . وفيما يبدو ، فإن الفكرة لم تستقر فى يقينهم بعد ، بأن الله جلت مشيئته يريدهم أن ينجبوا من الاطفال بالقدر الذى يستطيعون إعالته ورعايته دون زيادة وباختصار ، فعندما تأسس (المجلس السكانى) ، كان العالم قد انزلق فعلا فى حقبة زمنية عصيبة لم يسبق لها مثيل فى مجال النمو السكانى ، ولم يكن يبدو أن عملا كبيرا سوف يعمل — أو حتى يمكن أن يعمل — لمواجهة الموقف العصيب .

على أن المشهد كان يبدو للناظر فى سنة ١٩٦٨ أقل عبوساً من هذا بمراحل شاسعة . ففى بعض النواحى ، نستطيع أن نقول إن الجنس البشرى قد خبر نوعا من (الثورة) فى الأعوام الخمسة عشر الأخيرة ، وبخاصة فى الخمسة الأخيرة منها . وكنتيجة لذلك ، فإن عدد سكان العالم فى عام ٢٠٠٠ سيكون لا يزال ضخما هائلا . ولكنه سيكون على الأرجح أقل بنسبة كبيرة مما سيكون عليه لو أن هذه الثورة لم تحدث فلو أن تنظيم الاسرة أحدث فرقا بقدر ببليون شخص بحلول عام ٢٠٠٠ فإن هذا الفرق وحده سيكون معدلا لسكان العالم بأسره حوالى سنة ١٨٤٠ .

ماهى عناصر هذا التغيير الكبير ؟ هناك الكثير . ولكن أربعة جوانب منها تحتل مكان الصدارة : أولها الاعتراف السائد المتزايد بوجود المشكلة السكانية من جانب المسئولين الرسميين ، والزعماء الدينيين ، والمواطنين العاديين . فموضوع تحديد السكان الذى ظل الكثيرون ساكتين عنه زمنا طويلا ، لم يعد يدور الحديث عنه همسا ، ولكن تنطلق المناقشات بشأنه بكل حرية وجرأة ، وتجرى حوله البحوث المستفيضة .

والواقع أنه بالرغم من المنشور البابوى الصادر فى يوليو ١٩٦٨ . فليس هناك بين الأديان الكبرى فى العالم دين واحد يعارض تنظيم الأسرة من حيث المبدأ . فالجدل بشأن تنظيم الأسرة فى داخل الأوساط الدينية يعنى عادة بالطريقة التى تستخدم ، لا بتنظيم الأسرة فى حد ذاته .

وقد نبذ الزعماء السياسيون هم أيضا خلافاً كان ذات يوم يحول دون وصول موضوع المشكلة السكانية إلى أشد منابر العالم أهمية . ففى الاحتفال بيوم حقوق الإنسان ، فى ١٠ ديسمبر سنة ١٩٦٧ ، أعلن الأمين العام للأمم المتحدة أن ثلاثين من قادة العالم قد وقعوا بيانا فى تأييد حق الآباء أن يكون لهم من الأطفال بقدر مايريدون ، وعدما يريدون . والموقعون ، زعماء حكومات من خمس قارات ، كان بيانهم كما يلى : هارولد هولت ، رئيس وزراء أستراليا ، إرول و . بارو ، رئيس وزراء باربادوس ، كارلوس ليراس رستريبو ، رئيس كولومبيا ، جنز أوتو كراج ، رئيس وزراء الدانمرك ، جوكوين بالاجير ، رئيس جمهورية دومنيكان ، د. ورهو كيكونين ، رئيس فنلندا ، ج أ . انكراه . رئيس مجلس التحرير الوطنى لغانا ، إنديرا غاندى ، رئيسة وزراء الهند ، الجنرال سوهارتو ، القائم بأعمال رئيس اندونيسيا ، الشاه محمد رضا بهلوى ، امبراطور إيران ، ايساكو ساتو ، رئيس وزراء اليابان ، حسين ، ملك الأردن . . شنج هى بارك ، رئيس جمهورية كوريا ، تنكو عبد الرحمن ، رئيس وزراء مالايزيا . حسن الثانى ، ملك المغرب ، ما هندرا ، ملك نيبال ، ج . زيجلسترا ، رئيس وزراء هولندا ، كيث هوليوك ، رئيس وزراء نيوزيلندا ، بيربورتن ، رئيس وزراء النرويج ، محمد أيوب خان ، رئيس باكستان ، فردناند أ . ماركوس رئيس جمهورية الفليبين ، لى كوان يو ، رئيس وزراء سنغافورة ، تيج إرلاندر ، رئيس وزراء السويد ، ثانوم كيتكاشورن ، رئيس وزراء سيام ، إريك وليامز ، رئيس وزراء ترينيداد وتوباجو ، الحبيب بورقيبة ،

رئيس تونس ، جمال عبد الناصر ، رئيس الجمهورية العربية المتحدة ، هارولد ويلسون ، رئيس وزراء بريطانيا ، ليندون جونسون ، رئيس الولايات المتحدة ، المارشال جوسيب بروز تيتو ، رئيس يوجوسلافيا .

وفى مقدورنا أن نتوقع أنه لا يزال هناك نخبة هامة أخرى من القادة السياسيين سوف يعززون بتوقيعاتهم هذه المشاعر الوجدانية التى عبر عنها « بيان زعماء العالم » ،وسوف يتفقون مع أولئك الذين وقعوا فعلا على صحة وأهمية المعتقدات التالية :

إن المشكلة السكانية يجب الاعتراف بها كعنصر رئيسى فى التخطيط القومى الطويل المدى إذا كان للحكومة أن تحقق أهدافها الاقتصادية وتحقق مطامح شعبها .

إن الغالبية الكبرى من الآباء والأمهات يرغبون فى أن تتوافر لهم المعرفة والوسائل لتنظيم أسرهم . إن الفرصة لتقرير عدد أطفالهم وتوقيت المباعدة بين إنجابهم هى حق أساسى من حقوق الإنسان .

إن السلام الدائم المكتمل المعانى سوف يتوقف إلى حد كبير على الكيفية التى يواجه بها تحدى النمو السكانى .

« إن الهدف من تنظيم الأسرة هو إثراء الحياة الإنسانية ، وليس تقييدها أو الحد منها . . إن تنظيم الأسرة ، بتأكيده الفرصة الأكبر لكل شخص ، إنما يحرر الإنسان لينال كرامته الفردية، ويصـــل إلى كل ما هو به جدير من تقدير . »

والجانب الثانى من هذه « الثورة » فى المشكلة السكانية (ويندرج من حيث الأهمية بجوار الاعتراف بوجود المشكلة من زعماء سياسيين ودينيين

كثيرين) هو اكتشاف أن رجال ونساء العالم العاديين ، بما فيه العالم الأقل تطورا ، يرغبون فى الحد من عدد أطفالهم . وكان هذا الكشف متناقضا مع اليقين الراسخ بأنهم لا يرغبون فى ذلك . فحتى وقت قريب ، كانت العادات والأوضاع المرعية فى أنحاء العالم تستهدف بتصميم مرسوم رفع نسبة المواليد إلى درجة عالية — وهو إجراء سليم فى ظروف ارتفاع معدلات الوفاة بين الأطفال ونقص متوسط العمر فى حياة الناس . على أن الهبوط الهائل المذهل فى معدلات الوفاة بين الأطفال والزيادات الملموسة فى متوسط أعمار الناس — وهى نفس العوامل التى ساعدت على إبراز الأزمة السكانية الحالية — كان لها أثرها السريع المباشر فى الرجال والنساء العاديين ، ذلك أن معدلات النمو السكانى المفرطة فى الارتفاع لا صلة لها بحياتهم كمجرد مجموعة من الاحصاءات البعيدة عن مجالات تفكيرهم ، حتى وإن كانت منذرة بالسوء ، ولكن حياة كل منهم تتأثر بطرق مباشرة شخصية : فحين يزداد عددالاطفال نتيجة لانخفاض معدلات الوفاة بينهم ، تجد الأسران المواد الغذائية المتوافرة لديها غير كافية لإطعام جميع أفرادها ، وأنها لا تستطيع أن تدبر الملبس الملائم لأطفالها ، وأن المدارس ليس بها أماكن لهم ، وأن المساحات الصغيرة من الأراضى الزراعية المملوكة يجب أن تقسم المرة تلو المرة . وهكذا فإن الأسر حين تسأل عما إذا كانت ترغب فى تحديد عدد أطفالها ، فإنهم بدأوا يجيبون بالإيجاب . والحق أن العاديين من الناس غالبا ما يكونون سابقين لزعمائهم الذين يتقاعسون أحيانا عن تأييد تنظيم الأسرة نتيجة لشعور خاطىء بأن شعبهم « غير مستعد له » . وليس الأمر مقصورا على مجرد الاستفتاءات الجماهيرية فى تعزيز حقيقة أن الرجال والنساء ، فى العالم الماضى فى طريق التطور الحضارى ، هم فى الواقع « مستعدون له » ، بل إنهم حينما وأينما كانت تتيسر لهم خدمات تنظيم الأسرة ، فإنهم كانوا يتقاطرون فى أفواج حاشدة للافادة بالخدمات ، وهم يتلهفون شوقا وحماسة فى أغلب الأحيان .

وسبب ثالث — ربما يكون أكثر واقعية — يبعث على الأمل فى إمكان

توازن السكان ، هو التطوير الأخير لأساليب صناعة عقاقير محسنة لمنع الحمل . وحيث إنى لست عالما ، فليس من شأنى أن أناقش هنا تفصيلا هـذا التقدم المنعش للقلوب . ومع ذلك ، فإن هـذا الموضوع سوف يتناوله فى مكانه المناسب من هذا المجلد رجال متخصصون شاركوا فى التقدم الباهر الذى أحرزه العلم فى هذا المجال الحيوى ، وهو التقدم الذى يعتبر من أعظم ما حققه الإنسان فى بحثه الطويل المضنى للفوز بالسيطرة على ظروف حياته .

وسبب رابع للأمل هو ما ظهر فى الأعوام القليلة الماضية من إجراءات عملية ذات شأن فى عدد من الدول . وقـد بدأ أول استهلال للبرامج القومية العظيمة لتنظيم الأسرة فى أوائل الخمسينيات . وبعد التغلب على عدد كبير من الصعوبات الأولية ، يبدأ البرنامج الهندى فى السيطرة على زمام الموقف آخر الأمر . والواقع أن مصاعب الهند المبكرة قد أمدت الأمم الأخرى بسفر ثمين يعتبر مرجعا للمشكلات التى تواجه الجهود الواسعة النطاق لتنظيم الأسرة وفى الستينيات ، دخلت برامج قومية شاملة مرحلة التنفيذ (كما سيبين فى غير هذا المكان) فى كوريا الجنوبية ، وتايوان (فورموزا) ، وماليزيا ، وسنغافورة ، وباكستان ، وسيلان ، وتركيا ، وكينيا ، وتونس ، والمغرب ، وباربادوس ، وجامايكا ، وكان هناك من الدلائل ما يرجح أن الصين الشعبية قد نظمت جهودا كبرى للسيطرة على حجم سكانها الهائل . وفى الوقت نفسه كانت هناك أمم أخرى — على سبيل المثال ، سيام ، نيبال ، إندونيسيا ، إيران ، جمهورية مصر العربية ، كولومبيا ، شيلى — إما أن تبدى اهتماما باحتمالات تنظيم الأسرة ، وإما أنها بدأت فعلا فى تنفيذ برامج لهذا الغرض . إن الحقيقة المشجعة أنه بحلول منتصف الستينيات كان هناك أكثر من نصف شعوب العالم الماضى فى طريق التطور يعيشون فى ظل حكومات ذات سياسات واضحة محددة ، تحبذ إجراء خفض فى معدل النمو السكانى . بل إن الحقيقة التى تشد العزم أكثر وأكثر هى أن برامج تنظيم الأسرة التى نظمت فى هذه الأمم كانت قد بدأت تسجل طابعها على معدلات المواليد .

وبالرغم من هذه التطورات المبشرة بالخير ، فإن الأفق لا يبدو ورديا عندما يزن المرء ماينبغى عمله لتكملة الشوط نظراً لقسوة المشكلة والحاجة القصوى إلى التحرك بسرعة . ولنتصور ميزانا ضخما يمكن أن تصف عليه كل البحوث السكانية ، والأعمال الميدانية ، والنشاط التعليمى فى كل أنحاء العالم . ودعنا نفترض أن ١٠٠ تمثل الدرجة القصوى من الجهد اللازم إذا كان التقدم الكافى نحو التوازن السكانى أن يتم بالسرعة المطلوبة لتجنب حدوث أهوال ومآس بشرية رهيبة . لو تصورنا هذا ، فالرأى عندى أن معدلنا الحالى على ذلك الميزان هو قرابة ٢٠ . وهذا التقدير يقوم على أساس الملاحظة الشخصية ، والتفكير العميق ، والرحلات الأخيرة ، والسنوات التى تركز اهتمامى ونشاطى طوالها فى الميدان السكانى .

كيف يمكن لمثل هذا التقويم أن يتجسد فى عالم الواقع ؟ إنه ينعكس فى حقيقة أن المناطق الأسرع نموا فى العالم ، مثل المناطق المتاخمة للصحارى فى أفريقيا وأمريكا اللاتينية ، باستثناءات قليلة ، قد أظهرت إدراكا غير كاف بأن ثمة مشكلة سكانية موجودة واهتماما أقل بكثير بالسعى إلى حلها، وهو ينعكس فى حقيقة أن مئات الملايين من الآباء والأمهات فى أنحاء العالم يحرمون من حقهم الفعال فى تقرير عدد الأطفال الذين سوف ينجبونهم ، ومتى سوف ينجبونهم . وأخيرا فهو ينعكس فى حقيقة أن معدلات النمو السكانى فى العالم الماضى فى طريق التطور لا تزال ترتفع تبعا لامتداد الإجراءات الصحية الأولية بكل منافعها إلى أقصى أركان الكرة الأرضية .

ويمكن اقتفاء آثار الافتقار إلى العمل الفعال الملائم ، ورده إلى الحساسية التى لا تزال تحيط بالمشكلة السكانية فى أنظار الكثيرين من الزعماء حول العالم. إن الزعماء يترددون فى العمل الإيجابى الفعال لأن تفكيرهم خاضع لافتراضات منقولة من الماضى ، كان لها أسانيدها فى غير هذا الزمن .

إن بعض الزعماء لايزالون يعتقدون أن الهيبة القومية والكرامة الوطنية

تتطلبان نمواً سكانياً مطرداً واسع النطاق ، متجاهلين بذلك حقيقة أن كيفية الحياة وقيمة الزعامة غالباً ما ترجحان كفة الكم العددى للناس. والبعض لا يزال يعتقد أن الأعداد السكانية الضخمة ضرورة عسكرية ، وهو نوع من التفكير قضت عليه تماماً المركبات والتعقيدات التكنولوجية لأساليب الحرب الحديثة . بل إن البعض لا يزال يعتقد أن الرخاء المتواصل يتوقف على النمو السكانى ، متناسين بذلك أن القدرة الشرائية الأعظم للفرد والإنتاج المتزايد هما الحافزان الأقوى أثراً فى مجال الأعمال من مجرد أعدادا كبيرة من الناس . والبعض لا يزال يعتقد أن بقاء الأسرة يتطلب أعداد كبيرة من الأطفال ، وهو أحد المعتقدات العتيقة التى تتجاهل أحوال الوقت الحاضر مثل انخفاض معـــدل الوفيات بين الأطفال ، والتقليل من الاعتماد المباشر على الأرض الزراعية . والبعض لا يزال يعتقد أن تنظيم الأسرة يتعارض مع التعاليم الدينية ، ومن ثم فهو عمل غير أخلاقى ، ناسين بذلك أنه لا يوجد دين رئيسى يعترض على تنظيم الأسرة من حيث المبدأ ، وأن كل هذه الأديان تقريباً تركز اهتماما جديداً على مسئولية الآباء والأمهات فى عالمنا المتغير المزدحم .

وفى الوقت الذى قد يدرك فيه الزعماء أن هذه التصورات الخاطئة قد انقضى زمنها ، فإنهم يظنون غالباً أن شعوبهم تؤمن بها . وما داموا يشعرون بأن الرأى العام لن يؤيدهم ، فإنهم يتحاشون بطبيعة الحال الإقدام على أية خطوة فعالة بشأن موضوعات التوازن السكانى .

على أن حصيلة القرائن تدل على أن الناس سابقون لزعمائهم فى حاجتهم إلى تنظيم الأسرة ورغبتهم فى تطبيق برامجها ، إلى حد أكبر بكثير مما يقدر بوجه عام . وإلى هذه الحصيلة المتراكمة من القرائن يمكن أن يضاف عرض حديث أجرى تحت إشراف ورعاية « المجلس السكانى » . وهذا العرض يشير إلى أن قرابة اثنين من كل ثلاثة من الأمريكيين يعتقدون أنه يجب على حكومتهم

أن تبادر عند الطلب بمساعدة الدول ، والمدن ، والبلاد الأخرى فى مشكلاتها السكانية .

ماذا ، إذن ، يمكن أن تكون الخطوة التالية ؟ من ناحية ، فإن الطريق يبدو واضحاً ، ومن الناحية الأخرى ، فإن الكثيرين من الزعماء مترددون فى سلوكه فكيف يمكن إقناعهم بأن حساسيتهم لا مبرر لها ، ومن ثم فهم أحرار فى إنجاز برامج إيجابية لتنظيم الأسرة .

إن أولى الأمر فى الناس يجب أن يؤمنوا بأن القصد الحقيق من التوازن السكانى هو إثراء الحياة البشرية ، لا تحديدها أو تكبيلها بالقيود . وعندما تفهم هذه الحقيقة المؤكدة فهما كاملا ، فإن معظم الحساسية التى تعرقل العمل الآن فى تنظيم الأسرة سوف تقتلع من جذورها . وعندما يستقر فى يقين الزعماء أن التوازن السكانى هو قوة لإثراء الحياة البشرية ، فإن السلبيات التى تؤرقهم الآن سوف تختفى بسرعة وفى يقينى أن التوازن السكانى ليس عقبة فى طريق التطور البشرى ، ولكنه على العكس من ذلك قوة دافعة ، لأنه يهيىء فرصا أكبر لكل شخص ، ويحرر الإنسان كى ينال ما يصبو إليه من عزة وكرامة ومجد هو به جدير .

والأمل معقود على أن هذا المجلد سوف يسهم فى نشر المزيد من الفهم والإدراك فى أنحاء العالم ، ليس فقط بالنسبة للمخاطر المتأصلة فى المشكلة السكانية ، ولكن أيضاً فى الفرص المتاحة للعمل الفعال الذى سوف يسهم فى تحقيق القيم الإنسانية خلال المقبل من الأعوام .

القســم الثانى

البرامــج القـوميـة

٢

معجزة اليابان فى شرق آسيا

ميتورو موراماتسو

قدر عدد سكان اليابان ككل بحوالى ٧٢ مليون نسمة فى سنة ١٩٤٥، وبعد ثلاثة أعوام فى سنة ١٩٤٨، ارتفع العدد إلى مستوى ثمانين مليوناً، وزادت كثافة السكان تبعاً لذلك إلى معدل يقل قليلا عن ٢٠٠ فى كل كيلومتر مربع، فى مقابل رقم حديث هو ٢١ فى كل كيلومتر مربع بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية، وكانت هذه الزيادة المفاجئة فى السكان ترجع جزئياً إلى عودة واسعة النطاق إلى أرض الوطن للأسرى واللاجئين والمسرحين من الجيش. ولكن ما يسمى بازدهار الطفولة فى أعقاب الحرب كان له أثره الأشد قوة واستمراراً وعمقاً. ففى سنة ١٩٤٨ بلغت جملة المواليد ٢٫٧ مليون مولود، بمعدل مواليد قدره ٣٣٫٥ لكل ألف من السكان.

وفى خلال الأعوام التى أعقبت الحرب مباشرة، وفى ظروف العجز الاقتصادى الذى شمل كل شىء، عانى الناس أهوالا من العذاب فى حياتهم اليومية، وبخاصة فى المدن الكبيرة المكتظة بالسكان. وسرعان ما أدركوا ضرورة تحديد النسل كيلا يدفعوا مستوى المعيشة المنخفض فعلا إلى مزيد من الخفض، وأصبح الاهتمام البالغ بمشكلات الأمة السكانية سائداً، وارتفع الوعى بضرورة السيطرة على المواليد ارتفاعاً تلقائياً من القاعدة الشعبية. وفى

تاريخ اليابان ، يلاحظ المرء أوصافا لما كان يمارسه الناس بين الحين والحين من تحديد للنسل ، وكان ذلك يجرى حتى بين الفلاحين منذ زمن طويل ، وفى أوقات الأزمات الاقتصادية ، كان اليابانيون يلجأون إلى الإجهاض الإرادى ، بل وحتى إلى وأد الأطفال ليكبحوا جماح التوفى أحجام أسرهم . وبهذا المعنى ، فإن تحديد النسل يعتبر من الأشياء التى كان يعرفها الشعب اليابانى ويمارسها على نطاق واسع ملموس ، ولم تكن الزيادة المفاجئة فى إجراءات ممارسة تحديد النسل التى جرت فى أعقاب الحرب سوى عود إلى أسلوب تقليدى راسخ فى الوجدان الشعبى ، ومع ذلك . فإن مبادرة الشعب نفسه بممارسة تحديد النسل بعد الحرب كرد فعل تلقائى فى الدرجة الأولى لمشكلاته الاقتصادية والسكانية يعد أمراً جديراً بالتسجيل حقاً .

وفى عامى ١٩٤٦ و١٩٤٧ ، كانت المشكلات السكانية تناقش بنشاط وقوة بين الفئات المتعلمة من المجتمع . وأسهمت الصحف والبرامج الإذاعية فى ذلك إسهاماً فعالا ، وظهرت معارضة معينة لتحديد النسل كحل للتضخم السكانى معبرة عن وجهات نظرها على أسس دينية وسياسية . ولكن ، بوجه عام ، كان إدراك الحاجة إلى الحد من معدل المواليد قد استقر كسياسة قومية ، وأيضا فيما تمارسه الأسر فى نطاقها الفردى .

وكان الإجهاض الإرادى هو الطريقة الأولية التى عاد اللجوء إليها بقصد تحديد النسل ، وبالرغم من حقيقة أن القانون الجنائى بعقوباته الشديدة الوطأة الرادعة للإجهاض الإرادى كان لا يزال معمولا به فى تلك الأعوام ، فإن معدل عمليات الإجهاض الإرادى التى تجرى سراً كان فى ارتفاع متواصل . وبسبب الضرر المحتمل الذى يمكن أن تؤدى إليه مثل هذه الإجهاضات غير المشروعة ، فقد نشأ رأى عام قوى يطالب بتعديل القانون تعديلا جوهريا من شأنه أن تجرى عمليات الإجهاض الإرادى وفق شروط صحية وبيد خبيرة ماهرة ، وأسفر ذلك عن إقرار المجلس التشريعى اليابانى فى عام ١٩٤٨ لأساس

قانون جديد ، لإجراء الإجهاض الإرادى ، عرف منذ ذلك الحين باسم « قانون الوقاية التناسلية » .

وقد تقدم بمشروع هذا القانون عدد من النواب الأطباء فى البرلمان (الدايت) بقصد خدمة غرضين : أولها ، القضاء بقدر الإمكان على الآثار غير المرغوب فيها للإجهاض الجنائى بتوفير الضرورات الأكثر تحررا والموجبة لعمليات الإجهاض المشروعة . . وثانيها ، المساعدة فى تذليل العقبات أمام مشكلة تزايد النمو السكانى المتفاقمة . وقد استقرت دعائم المعالجة المتحررة للإجهاض الإرادى فى اليابان بهذا القانون ، الذى صار منذ ذلك الوقت موضوع مناقشات ومجادلات كثيرة على كل من الصعيدين القومى والدولى .

وعلى مدى الأعوام العديدة التالية ، استمرت المناقشات بشأن مشكلة اليابان السكانية ، وتقدم عدد من المنظمات الرسمية والخاصة بمقترحات إلى الحكومة لإقرار قاعدة لمعدل المواليد كسياسة قومية ضرورية ، ومع ذلك فإن الجهات المختصة فى الحكومة لم تقر أبدا مثل هذه المقترحات بصورة جلية واضحة . والذى لا شك فيه أن المشكلة السكانية مسألة خطيرة ،ولكن الأمر الذى تدور حوله تساؤلات حيوية هو : هل يجدر بالحكومة أن تتبنى مثل هذه السياسة فى الوقت الذى يحمل فيه دائما تحديد النسل كسياسة قومية طابعا أشد سلبية من أن تحتمل مثل هذه الهيئة الرسمية تبعة استخدامها ؟ . وفى الناحية الأخرى ، فإن الحكومة اتخذت فعلا خطوة إيجابية بالترخيص رسميا ببيع حوالى ستين صنفا من الكيماويات المانعة للحمل . وبعبارة أخرى فإن الحكومة تحاشت عمدا أن تتخذ موقفا محددا من السيطرة على النمو السكانى بسبب حساسيتها السياسية للنقد ، ولكنها لم تتردد فى اتخاذ إجراء عملى ما دامت تستجيب للمطلب الشعبى .

وفى عامى ١٩٤٩ و ١٩٥٢ ، أجريت تعديلات جوهرية فى قانون الوقاية

التناسلية . فأضيف اعتبار اقتصادى إلى الضرورات القانونية الموجبة للإجهاض الإرادى ، ولم يعد الأمر يتطلب استشارة من جانب الأطباء المختصين لجنة رسمية علية كى تقرر شرعية إجهاض إرادى مطلوب ، وباختصار فإن تيسيرات الإجهاض الإرادى أصبحت أكثر مرونة وتحررا من ذى قبل ، ومن ثم زاد عدد عمليـــات الإجهاض زيادة مطردة حتى عام ١٩٥٥ .

وفى سنة ١٩٥١ اجتمع زعماء الحكومة فى مؤتمر وزارى لمناقشة الزيادة فى عمليات الإجهاض الإرادى ، وقد روعهم الارتفاع الحاد فى أرقام عمليات الإجهاض المسجلة ، وأعلنوا رسميا تفضيلهم « للسيطرة على الحمل » على الإجهاض الإرادى كوسيلة لتنظيم معدل المواليد ، وصدر قرار وزارى يشمل البيان التالى :

إن عدد عمليات الإجهاض الإرادى يتزايد فى كل عام . وهذه العمليات غالبا ما تكون ضرورية لحماية حياة الأم وصحتها ، على أن المضار التى تلحق فى بعض الأحيان بصحة الأم (بسبب الإجهاض الإرادى) تجعل من التوعية بموانع الحمل أمرا مرغوبا فيه للقضاء على الأثر السىء لعمليات الإجهاض على صحة الأم .

وفى وسع المرء أن يلاحظ هنا ثانيا أنه بالرغم من أن اعتبارا « ديموجرافيا » (أى يتصل بالدراسات الاحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج . . . ألخ) قد يكون متضمنا للخطوة الحكومية كلها . فقد كان الأمر مجرد تحول من طريقة إلى أخرى على أساس مشكلة صحية ما دام ذلك يعبر عن الرغبة الموضحة فى البيان . إن الحكومة لم تكن فى حاجة إلى الحديث عن سياسة سكانية ما دامت قد أعطيت تمهيدا كافيا للحث على الأحجام الصغيرة للأسرة بين عامة الناس . لقد كان ضروريا فقط أن تبين

آراءها بالنسبة للوسائل المتبعة . وفى الوقت نفسه فإن المرء يدرك أن تنظيم الأسرة فى اليابان قد عولج رسميا كقضية صحية من البداية .

وفى سنة ١٩٥٢ ولأول مرة قدمت وزارة الصحة والشئون الاجتماعية برامج حكومية تستهدف النهوض بتنظيم الاسرة وفقا لما جاء بالقرار الوزارى سالف الذكر . وقد قدمت تقديرات تفصيلية تتصل بالتنفيذ الوافى للبرامج حوت إيضاحات حيوية عامة تتصل بمبادىء تنظيم الاسرة ودراسات توعية جماعية مخصصة لجماعات صغيرة من الرجال والنساء فى الأساليب التكنيكية لموانع الحمل ودراسه توعية فردية من خلال استشارة شخصية يقوم بها مرشدون متخصصون للمناقشة « التكنيكية » التفصيلية . وقد عبات مصالح الصحة المحلية ومراكز الصحة كلها لهذا الغرض ، ولكن الذى حدث بوجه عام أن الإنجازات التى أتموها لم تكن مرضية تماما . ولم يكن هناك عادة وحدات أو إدارات محددة تختص بمسئولية تنظيم الأسرة فى هذه المنظمات . . فكان على موظفى الصحة المكلفين بأوجه نشاط أخرى (معظمها للأمومة وصحة الطفل) ، أن يتكفلوا بأعباء إضافية . وبسبب الافتقار إلى الوقت الكافى والموظفين المتخصصين ، كانت أعمال تنظيم الأسرة التى تولتها هذه المنظمات العامة محدودة بالضرورة .

يضاف إلى ذلك أن ثار السؤال عن نوع الموظفين الأكثر تلاؤماً لاستخدامهم فى حملات التوعية المحلية بتنظيم الأسرة . طبقاً للاعتبار النظرى ، فإن الأطباء البشريين ، وممرضات الصحة العامة ، والمولدات كانوا متساوين جميعاً فى تقدير أهميتهم ، على أن الحكومة قررت آخر الأمر أن تأخذ بوجهة نظر عملية تقضى بالاعتماد على القابلات فى الجانب الأكبر من حملات التوعية ، مراعية فى ذلك بوجه خاص اعتبارات توزيعهم الجغرافى . وسرعان ما طبق عدد من المناهج التدريبية المنشطة للذهن فى كل أنحاء البلاد لإحاطة القابلات علماً بالأساليب

الحديثة لموانع الحمل ، وأيضاً للتغلب على شعور متأصل بأن تحديد النسل يتعارض مع الرسالة الأساسية لمساعدة الأمهات فى أثناء الوضع . وعند انتهاء المنهج التدريبى ، كانت الخريجات يمنحن لقب « مرشدة لموانع الحمل » ، ويخولن سلطة الإشراف على تناول ، بل وحتى بيع ، معدات منع الحمل . ومنذ ذلك الحين تم تدريب ما يقرب من ٤٠٫٠٠٠ مرشدة .

ومع ذلك فقد نشأت مشكلات معينة تتصل بالتطبيق ، ذلك أن القابلات ، اللائى عهد إليهن بمهمة التوعية فى المدن والقرى ، كن بوجه عام أكبر سناً من أن يسهمن إسهاماً فعالاً فى البرامج . يضاف إلى ذلك ، أنه بالرغم من أن الحكومة خصصت فيما بعد حوافز نقدية معينة للقابلات نظير خدماتهن عندما كن يتولين حالات أزواج يثبت فقرهن ، فإن المكافآت المالية التى كن يحصلن عليها مقابل التوعية بتنظيم الأسرة كانت غير مرضية على الإطلاق . وشاركت ممرضات الصحة العامة بنصيب أيضا إلى حد معين ، ولكن عددهن كان محدوداً إلى درجة خطيرة ، كما أنهن لم يستطعن تخصيص الوقت الكافى للتوعية بتنظيم الأسرة . وبسبب هذه المشكلات والصعوبات ، أخذت الحكومة من وقت لآخر تحاول تعديل البرامج وتحسينها ، ولكن مازالت هناك مشكلات وصعوبات باقية دون حل . وعلى هذا يمكن القول بأن برامج تنظيم الأسرة المكفولة برعاية الحكومة قد جاءت بنتيجة ، ولكن ، وعلى العموم ، فإن الهبوط السريع فى معدل المواليد قد تحقق بواسطة الشعب اليابانى نفسه .

وفى الوقت نفسه استمرت نسبة الهبوط فى معدل المواليد فى الانخفاض . فالرقم المرتفع المقدر بـ ٣٤٫٣ حالة ولادة لكل ألف من السكان فى سنة ١٩٤٧ ، هبط إلى ٢٨٫١ فى سنة ١٩٥٠ ، ثم إلى ١٧٫٢ فى سنة ١٩٥٧ . والمقرر بالإجماع أنه ليس من المناسب مقارنة هذه الأرقام للتدليل على الهبوط الذريع فى معدل المواليد ما دامت الأرقام المسجلة عقب الحرب مباشرة تمثل

ارتفاعا شاذاً يرجع إلى أحوال غير عادية . ومع ذلك كله فإن حقيقة أن معدل المواليد الياباني قد اقتطع إلى النصف في مدى عشرة أعوام فقط (مقابل الرقم القياسي المألوف ، وهو قرن واحد أو قرابة ذلك في تجارب العالم الغربي الماضية) أمر يستحق اهتماما خاصا ومنذ سنة ١٩٥٧ راح المعدل يتراوح حول مستوى ١٧ أو ١٨ ، وكان معدل الزيادة الطبيعية لسكان اليابان هو ١ ٪ ، تقريباً لكل سنة في مدى الأعوام العشرة الماضية. وقد هبط صافي معدل التكاثر أيضا هبوطاً حاداً في سنة ١٩٤٧ ، فقد كان ١٫٦٧ ؛ ولكنه هبط في سنة ١٩٥٦ إلى ما دون التوافق والتناسق ، وظل هذا المستوى الهابط دون « استكمال الفاقد » متصل الحلقات منذ ذلك الحين ، وأحدث رقم هو ٠٫٩٤ لسنة ١٩٦٤ .

ولقد كان استمرار الهبوط في معدل المواليد ، وخاصة في معدل التكاثر الذي هبط إلى ما دون « استكمال الفاقد » ، مدعاة لنشأة رأي يقول إن الحكومة لم تعد بحاجة إلى القيام بدور كبير في النهوض بتنظيم الأسرة ، باستثناء جهد تبذله لخفض عمليات الإجهاض الإرادي ، ما دام تفهم وممارسة تنظيم الأسرة قد أصبحا راسخين فعلا في نفوس الناس . يضاف إلى ذلك ، أن العجز المتزايد لشباب العاملين في القوة العاملة خلال الأعوام القليلة الماضية ، قد جعل كثيراً من القادة الاجتماعيين والسياسيين يميلون الآن إلى الاعتقاد بأنه يجب السعي إلى زيادة في المواليد لمواجهة مشروعات التطوير القوي المقبل للبلاد . ومن المسلم به في مواجهة هذه التغييرات في موقف قادة البلاد ، أن الحكومة توجه الآن عناية أقل إلى تنظيم الأسرة . أو ربما قد يصوغها المرء في عبارة أكثر ملاءمة فيقول إن الجانب الكيفي ، لا الكمي من السكان هو الذي ينال الآن مزيدا من العناية ، وعلى الأقل في المستقبل المنظور ، ان تتقرر سياسة قومية تتصل مباشرة بالتوالد ، ولكن ، على أية حال ، فإن الجو العام في هذه البلاد في الوقت الحاضر هو الأمل المرتقب في مزيد من المواليد .

إلى الآن كان هذا البحث معنيا فى الدرجة الأولى بالمواقف والبرامج الرسمية بالنسبة للسكان وتنظيم الأسرة فى اليابان . ومع ذلك ، فإلى جانب هذه النواحى هناك ملاحظات قليلة أخرى قد تكون جديرة بالعناية .

فى سنة ١٩٥١ بدأ معهد الصحة العامة سلسلة من مشروعات التوعية بتنظيم الأسرة . وفى البداية ، اختيرت ثلاث قرى ريفية للدراسة ، ثم بعد ذلك أضيفت مجموعة من السكان يعيشون على المعونات العامة ، وجماعة من عمال مناجم الفحم . وكان الغرض الاساسى من الدراسة هو الكشف عن مدى تقبل فكرة تنظيم الأسرة بين هذه المجموعات غير المتجانسة من السكان ، ونوع طرق منع الحمل التى يحبذونها أكثر من غيرها ، ومدى الأثر الذى سوف تحدثه ممارستهم لمنع الحمل ، وكان القصد أن تفيد الحكومة من الحقائق المستخلصة من هذه الدراسة وتستخدمها كدليل مفيد فى إدارتها المستقبلة لبرامج تنظيم الأسرة . ولقد كانت النتائج الإجمالية للدراسة مشجعة إلى درجة كبيرة ، إذ كشفت عن أنه حتى بين السكان — الذين يتبرمون فيما يبدو بتعاليم تنظيم الأسرة — فإن البرامج يمكن تقديمها بنجاح ، وظهر أيضا أن عمليات الإجهاض الإرادى يمكن خفضها ، فى حين يستمر معدل المواليد فى الهبوط . وأكثر من ذلك ، أوضح جانب فرعى من الدراسة أن التوعية بتنظيم الأسرة التى ركزت فى تلك النواحى المحلية سرعان ما امتدت إشعاعاتها إلى مجموعات كثيرة مجاورة من السكان دون أية مجهودات تعليمية مقصودة . ومنذ ذلك الوقت نفذ عدد من برامج التوعية المماثلة ، وليس ثمة شك فى أنها قد أعانت معاونة كبرى فى تعزيز الرأى العام الذى يحبذ تنظيم الأسرة فى طول البلاد وعرضها .

ومنذ سنة ١٩٥٣ أصبح تعليم تنظيم الأسرة جزءا من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية التى تقدمها المؤسسات الصناعية الكبرى إلى مستخدميها . وفى البداية اقتصر الأمر على مؤسسات قليلة أدخلت البرامج على سبيل التجربة . واستخدمت هذه المؤسسات عددا قليلا من المرشدين الذين راحوا يقومون

بزيارات دورية لبيوت عملائهم لتقديم المشورات لهم . وبفضل صلات الود بين المعلم والتلميذ ، طبق المنهج التعليمى المحكم لأساليب منع الحمل بنجاح كبير . وتوافرت معدات منع الحمل الضرورية بأسعار مخفضة . وتقبل المستخدمون البرامج بصدر رحب ، وزاد معدل عمليات ممارسة تنظيم الأسرة فى الوقت الذى هبط فيه معدل عمليات الاجهاض الإرادى هبوطا ملموسا .

وفى الأعوام الماضية بدأ عدد من المؤسسات الأخرى إجراءات فعالة مماثلة ، وقد قدر أن أكثر من ٤٠٠,٠٠٠ أسرة قد شملها هذا النوع من الخدمة عندما بلغت البرامج ذروتها . ثم هبط النشاط بعض الشىء فيما أعقب ذلك من أوقات أكثر قربا بسبب التغييرات التى لحقت بالموقف من تنظيم الأسرة (على نحو ما ذكرنا) ، ولكن التأثير الإجمالى لهذه البرامج كان عميقا وعظيما .

وفى الظروف التى كانت فيها الحكومة والمؤسسات الصناعية الكبرى هى المتكفلة بالجانب الأكبر من أعباء النهوض بتنظيم الأسرة ، كان وضع المنظمات الأهلية المتطوعة محدودا بالضرورة . يوضح ذلك أن « اتحاد تنظيم الأسرة لليابان » ، وهو منظمة أهلية ، تمثل كل جماعات تنظيم الأسرة الخاصة ، وهو أيضا عضو فى « الاتحاد الدولى لتنظيم الأبوة » International Planned Parenthood Federation — لا يقوم بأى نشاط فى المستوصفات الخاصة به . وبدلا من ذلك ، فإن جهده الرئيسى كان محصورا فى مجالات التوعية . وقد قام فى الأعوام العديدة الماضية بسلسلة من المناهج التدريبية الأساسية المنشطة للعاملين فى المجالات الطبية والشبيهة بالطبية . وكانت الغالبية الساحقة ممن يتلقون التدريب من اليابانيين ، ولكنهم تضمنوا أيضا عددا قليلا من المهنيين من كوريا وتايوان (فورموزا) وجزر ريو كيو .

وعلى مدى الأعوام الخمسة عشر الماضية زادت ممارسة وسائل منع الحمل انتشاراً بصورة ملموسة . والحق أن المرء لا يملك إلا أن يلاحظ أنه لم يتحقق مثل هذا التقدم السريع الشامل فى أى ميدان آخر من ميادين الصحة العامة فى هذه البلاد ، ويمثل هذه الاعتمادات المحدودة من ميزانية الدولة . واستناداً إلى سلسلة من التقارير الإحصائية ، فإن نسبة الممارسات من الزوجات الدائم استخدامهن لموانع الحمل الواقى يبلغن من العمر أقل من خمسين سنة ، كان فقط ٢٠٪ حوالى سنة ١٩٥٠ ، وفى سنة ١٩٥٤ ارتفعت إلى حوالى ٣٣٪ ، وفى سنة ١٩٦٧ دلت التقارير على أن أكثر من ٥٠ ٪ يمارسن طريقة أو أخرى من موانع الحمل ، ومما يبعث على أعظم الاهتمام أن أهالى الريف أكثر استخداما لموانع الحمل فى هذه الأيام من سكان المدن ، كما أثبتت الأرقام المسجلة أخيرا .

وأشد طرق منع الحمل رواجا بين الأزواج والزوجات اليابانيين كانت دائما ولا تزال هى طريقة « الواقى الذكرى » (الكبوت) ، فهى تمثل ما بين ٥٠ ، ٦٠ ٪ من جميع الممارسين لموانع الحمل . والانتشار الواسع لهذه الطريقة الذكرية له أهميته الخاصة ؛ لأن اليابان تعتبر منذ زمن طويل بلاداً خاضعة لتراث السيطرة من جانب الذكور ، وكان اللوم يوجه عادة للرجال لتقاعسهم عن التعاون فى تنظيم الأسرة ، والطريقة الثانية المختارة هى طريقة « فترة الأمان » ، أو (ما قبل وبعد موعد الطمث) ، ويستخدمها ما بين ٣٠ و ٤٠ ٪ من ممارسى موانع الحمل . يأتى بعدها استخدام الكيماويات الموضعية المانعة للحمل ، مثل : الهلاميات والأقراص . أما « الواقى المهبلى » (الكبوت النسائى) ، الذى كان يستخدم فى الولايات المتحدة وانجلترا على نطاق واسع ، فهو فعلا أقلها انتشاراً .

إن الدور الذى تلعبه وسائط الإعلام الجماعى يتميز بالأهمية القصوى فى مجالات النشر السريع للمعارف المتصلة بموانع الحمل وبأساليب ممارستها .

وقد تأكد ذلك فيما أسهمت به الصحف اليومية ، والإذاعة ، والمجلات الأسبوعية ، ومجلات المرأة من موضوعات وبرامج وتحقيقات كان لها أعمق الأثر ، وقد حدث فى سنة ١٩٦٥ أن نشرت إحدى الصحف تحقيقا عن تحديد النسل بين اليابانيين أزواجاً وزوجات ، وحرصت أن تضمن تحقيقها نبذة عن المصدر الذى تستقى منه المعلومات عن موانع الحمل . وكان تأثير وسائط الإعلام الجماعى على أشده فى كل من التصنيفات الجغرافية (مثل المدن ، والقرى ، وما يشابه ذلك) . وبخاصة فى المدن ، حيث يرتفع مستوى التعليم بوجه عام ، فإن أكثر من واحدة بين كل ثلاث زوجات ذكرن وسائط الإعلام الجماعى على أنها مصدرهن للمعرفة . وواضح أن ارتفاع نسبة الذين يعرفون القراءة والكتابة بين الشعب اليابانى (٩٩ ٪) يعد عاملا هاماً يجعل من الميسور لوسائط الإعلام الجماعى أن يكون لها هذا الأثر العميق والنفوذ الواسع ، ولكن علينا أن نذكر فى الوقت نفسه أن السبب الأساسى الذى يدفع الكثير من الصحف والمجلات إلى إفساح كل هذا الحيز ، وتركيز كل هذا الاهتمام على تنظيم الأسرة ، هو الإقبال المتواصل من جانب القراء على المقالات المتصلة بالموضوع .

وبالرغم من حقيقة أن العمل الرائد الذى أجرى على اللولب قد شق طريقه إلى اليابان مبكراً فى سنة ١٩٣٠ ، وبالرغم من أن شعوبا آسيوية كثيرة محيطة باليابان هى أيضاً متحمسة لاستخدامه ، فإن حلقة « Ota » أو أى طراز آخر من هذا لم يرخص رسمياً باستخدامه بعد على نطاق عام . وفى الوقت الذى يقل فيه الآن الاعتراض على اللولب ويصبح لا يمثل سوى أقلية ، فلا يزال بعض العلماء غير واثقين بسلامة الجهاز وطريقة عمله ، ومدى فاعليته . وبمواجهة الحكومة بهذا الانقسام فى الرأى بين المشتغلين بعلوم الطب ، فإنها لا تزال متمسكة بنظام التحريم السابق للحرب ضد استخدام « الحلقة ضمن الرحم »

الذى نشأ من اعتقاد أن إيلاج جسم غريب داخل الجسم البشرى أمر غير سليم طبيا . على أن هناك فى الواقع ثغرة فى نظام التحريم ؛ إذ أنه مسموح للطبيب المعالج بأن يشير باستخدام الأجهزة المولجة فى الرحم تحت إشرافه الدقيق بقصد التجربة، ومن خلال هذه الثغرة ، امتد استخدام « حلقة Ota » الآن إلى قرابة ٦ ٪ من مجموع مستخدمى موانع الحمل .

وكذلك فإن الحبوب المانعة للحمل التى تؤخذ بالفم لم يصرح باستخدامها بعد فى اليابان . وتتخذ الآراء المحافظة مواقف معلنة أشد وضوحاً بالنسبة للحبوب منها بالنسبة للولب ؛ إذ تتفق كلمة كل الباحثين على الفاعلية التى تكاد تكون كاملة للحبوب ، ولكن الكثيرين منهم غير موقنين من تخلصها التام من المضاعفات الطبية غير المتوقعة ذات الطبيعة الخطرة ، وبخاصة بعد الاستعمال الطويل المدى. يضاف إلى ذلك ، أنهم يخشون أن يؤدى نظام بيع العقاقير الطبية التقليدى غير المحكم فى اليابان إلى إساءة استعمال الحبوب بدون الإشراف الطبى اللازم حالما ترخص الحكومة بها رسمياً . وما دامت نفس المركبات الطبية ميسور الحصول عليها من الصيدليات ومخازن الأدوية بوصفها وسائل لعلاج اضطرابات معينة للأمراض النسائية ، أو كمنظمة للحيض الشهرى ، فمن المشتبه فيه أن يكون عدد صغير من النساء يستخدمنها فعلا لأغراض منع الحمل على مسئوليتهن الخاصة ، ولكن يبدو من غير المرجح أن هذه المركبات سوف تمنح تصديقا رسمياً كموانع للحمل فى المستقبل القريب .

ولقد بلغ عدد حالات الإجهاض الإرادى المسجلة ذروته فى سنة ١٩٥٥ ، عندما سجلت التقارير الرسمية ١٫١٧ مليون حالة . وما دام استكمال التبليغ عن حدث له مثل هذه الطبيعة لا يمكن الوثوق به ، فمن السهل التكهن بأنه كانت هناك حالات أخرى كثيرة لم يبلغ عنها . وإذا أضيف العدد المقدر لمثل هذه الإجهاضات غير المبلغ عنها ، فإن العدد الإجمالى للإجهاضات التى

أجريت سنة ١٩٥٥ سيكون مليونين تقريباً ، ومنذ ذلك الحين ، هبط عدد الإجهاضات ، وإن كان هذا الهبوط غير مصحوب بإيقاع بارز . ففى تقرير حديث ، ورد أن جملة الإجهاضات الإرادية كانت ٧٤٨ر٠٠٠ حالة ، فى مقابل ١ر٩ مليون ولادة حية مسجلة .

المسلم به أن خفض معدل المواليد عن طريق الإجهاض الإرادى كان له اليد الطولى فى الإنعاش والتطوير الاقتصادى السريع للأمة فى الأعوام الماضية . وبهذا الإدراك ، لا يملك المرء إلا أن يقر بأن الإجهاض الإرادى قد أسهم فى ذلك بقدر عظيم . على أن أحداً لا يتجاسر ، فى الوقت نفسه ، وبسبب طبيعة العملية ذاتها — على أن يوصى بهذا الإجراء بلهجة إيجابية لا يشوبها أقل تردد . إن فى اليابان حركات تستهدف خفض الإجهاضات الإرادية . والحكومة ، ومعها عدد من المنظمات الخاصة ، يسعون إلى مناشدة الجمهور بألا يلجأ إلى هذه الوسيلة عن طيب خاطر . وبين الحين والحين تذكر ما تسمى بالآثار الضارة للإجهاضات الإرادية لتأكيد تجنبها . ومع ذلك ، يمكن القول بوجه عام إن هذه الحركات لم تحرز نجاحاً تاماً . إن النساء يدركن أنها ليست شيئاً صائباً ، بل إن الكثيرات منهن يعبرن بوضوح عن بغضهن . ولكن ما إن يجدن أنفسهن وقد تورطن فى حمل غير مرغوب فيه ، حتى يبدو الإجهاض الإرادى هو الخطوة التى لا مفر من اتخاذها ، إن الاعتبارات الواقعية ، أو العملية ، ترجح عادة كل الأحكام المعنوية أو الأخلاقية الأخرى فى أذهان الشعب اليابانى . وليس ثمة شك فى أن الإجهاض الإرادى ليس مستحباً ، ولكن فى مواجهة طفل إضافى غير مرغوب فيه وما يتبع ذلك من عبء اقتصادى وبدنى ، فالمرجح بكل تأكيد أنهن يلجأن إلى هذه الطريقة التى تحقق « الخلاص » الحاسم . وسوف تستمر بالضرورة فى المستقبل الحركات التى تستهدف وضع حد لانتشار الإجهاضات الإرادية . ومع ذلك ، فلو أننا أخذنا فى الاعتبار هذه الطريقة الواقعية فى التفكير ، فليس يكفى فقط الإقناع

المعنوى والأخلاق ، ولكن بعض الإجراءات العملية الأخرى يجب أيضاً أن تتخذ إذا قدر لمثل هذه الحركات أن تثمر على الإطلاق ، ومن وجهة النظر هذه يمكن أن تبحث الجهات المختصة إضافة وسائل جديدة لمنع الحمل ، مثل الحبوب التى تؤخذ عن طريق الفم واللولب .

ومع الإدراك المتزايد للمشكلات السكانية الخطيرة فى الدول الماضية فى طريق النمو والتطور ، تركز قدر كبير من الاهتمام على اليابان ، وخاصة من جانب الدول الآسيوية . وقد تجلت الاشادة بـ « معجزة اليابان » منذ قدمت اليابان المثل الحى الواقعى على أن فى الإمكان أن يتم « التحول الديموجرافى » (القائم على الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج . . الخ) فى بيئة حضارية غير غربية ، وبمعرفة شعب غير غربى ، وتسود التوقعات بأن أمماً أخرى قد تقتدى بهذا المثل ، بأن تتاق قدر المستطاع دروساً مناسبة من اليابان تتصل اتصالا وثيقاً بمشكلاتها . ومع ذلك ، فهناك أيضاً فى الوقت نفسه بعض الشكوك حول المدى الذى يمكن فى حدوده تطبيق التجربة اليابانية على آسيا . فكما ألمعنا خلال هذا البحث فإن العامل الرئيسى المفضى إلى الخفض الحاد فى معدل المواليد فى اليابان بعد الحرب كان رغبة الجماهير وفعلها ، وليس الحكومة . وأيضاً فإن لليابان مزايا كثيرة ساعدت على نشر موانع الحمل ، مثل نسبة ارتفاع المتعلمين (٩٩ ٪) ، ووسائل مواصلات ، ونقل ، واتصالات ، وإعلام ، متطورة تماماً ، وانعدام وجود نظام طبقى للمجتمع ، وما شابه ذلك من مميزات . ومن ثم فإن صلاحية استخدام تجربة اليابان فى التنبؤ سوف يحدث فى دول آسيوية أخرى تتوقف على الطريقة التى يجرى بها تحليل وتفسير التشابهات والاختلافات بين اليابان وبقية آسيا .

ومهما يكن من أمر ، فقد بدأت حكومة اليابان رسمياً أخيرا فى تقديم المساعدة الفنية فى تنظيم الأسرة إلى الدول الآسيوية . واستعداد الحكومة

اليابانية الآن لتقـــديم العون الفنى عند الطلب قد أعلن بوضوح فى أحد اجتماعات « المشروع الكولومبى » التى انعقدت حديثاً فى نوفمبر سنة ١٩٦٧ ، ونظمت حلقة دراسية فى تنظيم الأسرة بطوكيو للأطباء الآسيويين استغرقت ثلاثة أسابيع ، وإلى وقت قريب كانت خمس ممرضات من اليابان يعملن فى الهند ، فى مساعدة السلطات المحلية على النهوض بخدمات تنظيم الأسرة . يضاف إلى ذلك ، أن « اتحاد تنظيم الأسرة لليابان » قد أنشأ منذ وقت قصير مضى لجنة مختصة بالتعاون الدولى فى شئون تنظيم الأسرة . وقد انضم عدد من كبار رجال الأعمال وأقطاب الصناعة إلى هذه اللجنة ، التى يرأسها « نوبوسوكى كيشى » ، رئيس وزراء اليابان السابق والأمل معقود على أن دولا آسيوية كثيرة سوف تفيد من هـــذه الفرص الرسمية والخاصة بما يعجل بمعالجاتها لمشروعاتها الخاصة بالتطوير الحديث ، والتصنيع ، ورفع مستويات المعيشة .

٣

كوريا الجنوبية : زعامة متنورة وآباء وأمهات متنورون

تايك إيل كيم

إن شبه الجزيرة الكورية ، بحكم موقعها على الساحل الشرقى من آسيا ، تعصف بها الرياح الباردة من منشوريا فى الشتاء ، وتبللها حتى التشبع أمطار «المونسون» الموسمية فى منتصف الصيف . و «جمهورية كوريا» تشغل ٤٢ فى المائة من شبه الجزيرة ، وهى معروفة جيداً بجبالها الوعرة ، ووديانها الخضراء الجميلة الحافلة بحقول الرز . و «جمهورية كوريا» ليست كبيرة ، فالمساحة الإجمالية لأراضيها تبلغ قرابة ٩٨٫٠٠٠ كيلو متر مربع ، أى أكبر قليلا من البرتغال أو المجر . . ومع ذلك ، فإن سكان الجمهورية يزيدون على ٣٠٫٠٠٠٫٠٠٠ نسمة ، وفى بداية الستينيات من القرن الحالى كان معدل النمو السكانى لكوريا ٣ فى المائة سنوياً تقريباً . ويمكن إرجاع هذا المعدل البالغ الارتفاع للنمو السكانى مباشرة إلى انخفاض معدل الوفيات نتيجة التحسينات الصحية وتوافر العقاقير الحديثة . وإذا قدر لمعدل نمو سنة ١٩٦٠ أن ينطلق دون أن يكبح جماحه ، فإن السكان سوف يتضاعفون بحلول سنة ١٩٤٨ ، وتصبح كثافة سكان «جمهورية كوريا» ٢٫٥٠٠ شخص لكل كيلو متر مربع من الأراضى الصالحة للزراعة .

لقد جاءت ثورة ١٩٦١ العسكرية بمجموعة من الرجال جعلوا همهم الأول عند توليهم مقاليد السلطة إحراز التقدم الاقتصادى، وإجراء تحسينات فى الرعاية الصحية والاجتماعية للشعب. فوجهت حكومة الثورة الدعوة إلى الخبراء من جميع الميادين ليرسموا خطة «مشروع السنوات الخمس» للتطوير الاقتصادى الذى كان من أهم أركانه برنامج قوى شديد الطموح لتنظيم الأسرة. وهذا البرنامج يمضى الآن فى طريقه منذ ستة أعوام كاملة، ويقوم من نواح كثيرة كنموذج لبرامج مماثلة فى الأمم النامية الأخرى.

وكان من شأن تقسيم كوريا إلى الشمال الصناعى و«الشيوعى»، والجنوب الزراعى و«الديمقراطى»، عقب الحرب العالمية الثانية، أن تعرقلت مسيرة التطوير الاقتصادى والاجتماعى. ونشأت عن الصراع الكورى الدامى من ١٩٥٠ إلى ١٩٥٣ مشكلة إعادة تأهيل رهيبة لجمهورية كوريا، شملت إعادة إسكان ثلاثة ملايين لاجئ هربوا من النظام «الشيوعى» فى الشمال فى الفترة ما بين ١٩٤٠، و١٩٥٥، ومرت كوريا أيضا بتجربة الارتفاع الحاد فى معدل التى شملت العالم عقب الحرب، وبحلول عام ١٩٦٠ كان أكثر من ٥٠ فى المائة من السكان دون العشرين من العمر، و٨٥ فى المائة تحت سن الرابعة والأربعين، وازداد الموقف فى سنة ١٩٦٠ سوءاً على سوء بالافتقار إلى الإسكان الملائم (وبخاصة فى المدن السريعة النمو)، وباتساع نطاق البطالة ونقص الأعمال، وبالاعتماد المتزايد على المواد الغذائية المستوردة.

وبحلول عام ١٩٦٠ كان التقدم فى ميادين الصحة العامة قد بلغ درجة من النجاح جعلت معدل الوفيات يسجل رقما قياسياً فى الهبوط. ونتيجة لذلك كان سكان الجمهورية يتزايدون بمعدل يقرب من ٣ فى المائة سنوياً، وبمعدل النمو الذى حققه عام ١٩٦٠ يمكن أن يتضاعف السكان، من ٢٥ إلى ٥٠ مليوناً، فى مدى ثلاثة وعشرين عاماً فقط. وما دامت «جمهورية كوريا» هى فى

الدرجة الأولى أمة زراعية يكسب ٧٠ فى المائة من أهلها عيشهم من الأرض ، فإن هذا المعدل البالغ الارتفاع من النمو السكانى لا يمكن احتماله طويلا .

بالرغم من أنه كانت هناك بعض المناقشات حول تنظيم الأسرة بين المسئولين المختصين فى إدارات الصحة العامة وممثلى الوكالات المتطوعة ، فإنه لم تتخذ أية خطوة منظمة سابقة لسنة ١٩٦٠ نحو حل المشكلات الموصوفة توا . والواقع أن موقف الحكومة يمكن أن يوصف بأنه كان تمسكا بنظرة سلبية إزاء أية خطوة لوضع حد لمعدل النمو السكانى .

كان هذا هو الموقف قبيل عام ١٩٦٠ وقيـــام الثورة العسكرية . ولنستكشف الآن الأحداث التى أدت إلى إقرار برنامج تنظيم الأسرة ، ونستعرض أهدافه الكبرى . إن الرغبات الصادقة لقادة الثورة العسكرية فى تحسين الخدمات الاجتماعية للشعب وتحقيق رفاهيته قد استدعت دعوة الخبراء من كل ميدان إلى الاجتماع لتقديم التوصيات للتطوير الاجتماعى والاقتصادى طويل المدى . وكان من أقوى التوصيات التى قدمها الخبراء الأكاديميون والمستشارون الآخرون توصية بوضع برنامج قومى لتنظيم الأسرة يضمن أن المكاسب الاقتصادية لن يبتلعها تضخم سكانى مفرط .

وقد تضمن أول مشروع سنوات خمس اقتصادى وضعته حكومة الثورة هذه خفضا مقدرا فى معدل الزيادة السكانية من مستوى ٣ فى المائة لسنة ١٩٦٠ إلى ٢ر٧ فى المائة بحـــلول عام ١٩٦٦ . وفى الوقت نفسه ألغى المجلس الأعلى للتعمير القومى قانونا كان يحرم صناعة أو استيراد عقاقير منع الحمل .

وفى سبيل إعداد المسرح لبرنامج واسع النطاق لتنظيم الأسرة اتخذت الخطوات التالية :

١ ـــ بدأت الحكومة فى تدريب الأيدى العاملة للأعمال الميدانية لتنظيم الأسرة ، وخصصت ممرضتين خبيرتين فى تنظيم الأسرة لكل مركز صحى من الـ ١٨٩ مركزا فى شتى أنحاء البلاد .

٢ ـــ نظمت حملة توعية نشطة على المستوى القومى ، كانت محاولة أولى لتنوير الشعب بمقاصد البرامج .

٣ ـــ أقرت السلطة التشريعية ميزانيتين تعادلان (بالدولارات الأمريكية) ٣٣٦,٠٠٠ دولار فى سنة ١٩٦٢ ، و ٥٩٣,٠٠٠ دولار فى سنة ١٩٦٣ ، وذلك لتنظيم وتنفيذ البرنامج .

٤ ـــ بدأت وزارة الصحة مشروعات بحوث تتولاها جامعتا « يونسى » و « سيول » .

٥ ـــ أنشأت الحكومة (شهر تنظيم الأسرة) لتبذل خلاله جهودا خاصة مركزة لتشجيع ممارسة عمليات تنظيم الأسرة .

٦ ـــ بحلول خريف عام ١٩٦١ ، كان قد أقر موقف جديد إزاء تنظيم الأسرة . وهذا التغيير فى الموقف يمكن لمسه على اختلاف المستويات الحكومية .

ومنذ بداية ١٩٦٢ خولت وزارة الصحة والشئون الاجتماعية سلطة تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة القومى من طريق شبكة الأجهزة الصحية المنتشرة فى طول البلاد وعرضها . وهذا البرنامج مجانى منذ البداية ، وبدأ باستخدام الوسائل التقليدية لمنع الحمل : الواقى الذكرى (الكبوت)، والأقراص الفوارة ، والهلاميات المنوية . وقد تطور إلى استخدام وسائل أكثر تقدما لمنع الحمل .

ونظرا لما أسفرت عنه هذه المحاولة الأولى من دروس وبحوث وخبرة فى

سبيل إيجاد الوسائل الملائمة للأزواج والزوجات الكوريين للسيطرة على حجم أسرهم ، فقد أجرى فى سنة ١٩٦٤ تعديل فى مشروع السنوات الخمس الأولى، وكانت الأهداف المرسومة (لمشروع السنوات العشر) الجديدة هى خفض معدل النمو السكانى إلى ٥ر٢ فى المائة بحلول ١٩٦٦ و ٠٠ ر ٢ فى المائة بحلول ١٩٧١ . وضمانا لتحقيق هذه الأهداف ، فإن ٤٥ فى المائة أو ما يقرب من ٠٠٠ ر ٩٠٠ ر ١ من أزواج وزوجات الأمة الـ ٠٠٠ر٢٠٠ر ٤ الصالحين للاختيار يجب أن يكونوا مشاركين مشاركة فعالة قبل حلول عام ١٩٧١ مع مراعاة أن ٧٠ فى المائة من هؤلاء يتلقون خدمات مجانية وفقا لبرنامج الحكومة .

لقد وضعنا لتونا الأهداف التى وضعت ، وكيف استقر الرأى على هذه الأهداف الطموحة نسبيا . والآن دعنا نصف بإيجاز ما أحرزناه من نجاح .

إننا فى (جمهورية كوريا) قد حالفنا الحظ فى أن أهدافنا السنوية ، وأهدافنا طويلة المدى قد تحققت كلها طبقا للخطة المرسومة إلى حد كبير . كان البرنامج يعتمد اعتمادا كبيرا على لولب ليبيس ، وهو جهاز لولبى صغير يولج فى الرحم ويمنع الحمل وبحلول ديسمبر ١٩٦٧ كانت اللوالب المستخدمة فى جمهورية كوريا تزيد عنها فى أية دولة أخرى فى العالم ، باستثناء الهند (وسكانها يزيدون ستة عشر ضعفا على كوريا) وباكستان (وسكانها يزيدون ثلاث مرات عن كوريا) وقد ركزنا الاهتمام على قطع القناة المنوية الدافقة ، وهو إجراء بسيط للتعقيم يجرى للرجال يزيل خطر الحمل دون أن يؤثر فى العلاقات الجنسية . وللأزواج والزوجات الذين لا يرغبون فى اللولب أو التعقيم الدائم كانت تمنح بلا مقابل أية وسيلة تقليدية أخرى لمنع الحمل مثل (الواقى الذكرى) أو غيره . وبنهاية عام ١٩٦٨ كانت قد تمت أكثر من مليون عملية إيلاج لوالب للمرة الأولى ، وكان أكثر من ٠٠٠ ر ١٥٠ زوج

وزوجة يتلقون موانع الحمل التقليدية شهريا ، وكانت ۰۰۰ر ۱۱٥ عملية قطع للقناة المنوية قد أجريت .

والمنافع الكبرى التي حققها البرنامج حتى تاريخه لا تشمل فقط ۰۰ ر۲٥۰ر۱ زوج وزوجة ، الذين اختاروا المشاركة في تحديد أحجام أسرهم ، ولكن تشمل أيضا هبوطا في معدل المواليد إلى ما يقرب من ۳۳ ولادة لكل ۱۰۰۰ من السكان سنويا (تقارن بـ ٤۲ ولادة لكل ۱۰۰۰ من السكان سنويا في ۱۹٦۰): وهناك رقم قد يكون له معنى أكثر لبعض القراء، وهو أن في كل سنة تمنع ۰۰۰ر۱٥۰ ولادة كانت تحدث عادة . وقـــدر « مجلس التخطيط الاقتصادى » أن المنافع الاقتصادية الطويلة الأجل المقدر لها أن تجنى سوف تعادل الأموال التي استثمرت في تنظيم الأسرة بما يساوى مائة مرة تقريبا . والمنافع الأخرى تشمل اعتمادا أقل على الإجهاض الإرادى لإنهاء حالات الحمل غير المقصودة وشعور عام بالاستقرار والرفاهية للأسرة .

كيف تيسر « لجمهورية كوريا» أن تحقق هذه الأهداف ؟ وماهى الشروط التي توافرت في الأوضاع الكورية لحولت هذه الخطط والتنظيمات إلى حقيقة واقعة ؟ لكي نجيب على هذين السؤالين ، دعنا أولا نحاول أن نصف بعض النواحى الإدارية في البرنامج الكورى لتنظيم الأسرة .

لقد حظا البرنامج الكورى بتعضيد قوى من الحكومة منذ البداية ، ولم تكن القيادة نشطة فقط ، ولكن مستمرة ، والتغييرات المتكررة في كبار المسئولين المألوفة في دول أخرى ضاقت إلى الحد الأدنى في كوريا .

هذا وتلقى الحكومة التعضيد الفعال المقتدر من جانب (الاتحاد الكورى لتنظيم الأبوة) في مجالات حملات التوعية ، وتدريب العاملين والاستفتاءات الشعبية . وهذه المنظمة تضم إخصائيين في مختلف الميادين وأوسعها ممن أدركوا الحاجة إلى تنظيم الأسرة في وقت مبكر .

والوكالات المتعددة التى تعمل فى كوريا نخص منها بالذكر «المجلس السكانى» و «والاتحاد الدولى لتنظيم الأبوة»، ووكالة العون لجيش الولايات المتحدة (USAID) والوكالة السويدية الدولية للتنمية (وهى أحدثها) قد أسهمت جميعا فى تقديم المشورة ، والاعتمادات المالية ، والمعدات ، والمنح الجامعية للتدريب ، ومقومات البحوث العلمية . وهذه المساعدة كانت عوناً كبيراً فى تخطيط البرنامج والبدء بتنفيذه ، كما أن الوكالات كانت عاملا مساعداً فى «تقييم» ، واختبار ، وتقديم وسائل ومعدات جديدة .

وقد تم جانب كبير من عمل الوكالات المتطوعة عن طريق دراسات أجريت فى الجامعات الكورية ، التى أقامت مناطق دراسية فى كل من الريف والحضر حيث بحثت واختبرت مشروعات رائدة . وقد ساعدت المشروعات الجامعية على تطوير وتوجيه الخطوط العريضة للبرنامج القومى ، كما أشارت باستخدام أساليب ومعدات جديدة ، ونشرت تقارير لصالح دول ووكالات أخرى ممن يعنيها الأمر .

على أن البرنامج ما كان له أن يكون فعالا أبداً بدون قوة عاملة واسعة النطاق حسنة التدريب . فى كوريا تعتبر عملية إيلاج اللولب جزءا من المهام الطبية ، وعلى ذلك فالطبيب المؤهل فقط هو الذى يستطيع أن يتلقى التوجيه ويخول السلطة فى إيلاجها وبحلول منتصف عام ١٩٦٧ كان أكثر من ٠٠٠ر١ طبيب قد دربوا وخولوا سلطة العمل فى البرنامج ، إما لإيلاج اللوالب ، وإما لإجراء عمليات قطع القناة المنوية ، وإما لكليهما .

ومع ذلك فقد كان لا بد من ربط الصلة الحيوية بين الزوج والزوجة الساعيين إلى مشورة منع الحمل وبين الطبيب . وهذه المهمة تتولاها العاملة الميدانية فى تنظيم الأسرة . وهناك ٣٧٠ر٢ عاملة ميدانية يعملن طول الوقت

فى البرنامج بمعدل عاملة واحدة لكل ١٫٢٥٠ زوج وزوجة من المختارين فى المناطق الريفية، وعاملة واحدة لكل ٣٫٠٠٠ زوج وزوجة من المختارين فى المـــدن .

وكل العاملات الميدانيات فى تنظيم الأسرة من خريجات المدارس العليا ، و ١٧ ٪ أيضاً من خريجات الكليات الجامعية ، و ٣٤ ٪ «حكيمات» مؤهلات فى التمريض والولادة . والمسئولية الأولية للعاملة الميدانية هى تجنيد المؤيدين لتنظيم الأسرة . ويعهد لكل منهن بأغراض محددة بالنسبة للهدف القومى ، ولعدد الأزواج والزوجات المختارين فى منطقتها ، والطلب الجارى لتنظيم الأسرة . والعاملة الميدانية تحمل نشرات فى المعلومات العامة ، وتعقد ندوات جماعية ، وتزور بيوت النساء فى المنطقة المسئولة عنها وفى معظم الحالات يعهد للعاملة بالعمل فى المنطقة الجغرافية نفسها التى تقيم بها ، وبهذا يكون وجهها مألوفاً لعملائها .

وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك عشر وحدات متنقلة تقدم المعلومات وخدمات المستوصفات والمتابعة فى المناطق الريفية النائية . وهذه الوحدات المتحركة تعد مثلا رائعاً لتعاون الوكالات الأجنبية فى التجربة الكورية . ففى بداية الأمر تلقت الحكومة الكورية مجموعة من سيارات النقل حمولة ثلاثة أرباع الطن كهبـة من الوكالة المختصة التابعة لجيش الولايات المتحدة (USAID) ، وتولى « المجلس السكانى » تحويلها إلى أغراضه . وفى خلال سنة ١٩٦٨ شرعت « الوكالة السويدية الدولية للتنمية والتطوير » فى تقديم ثمان وحدات متنقلة جديدة كاملة العدد والعتاد كهدية ، وبذلك بلغ العدد الإجمالى ثمان عشرة . يضاف إلى ذلك أن « الاتحاد الكورى لتنظيم الأبوة » يدير خدمة متنقلة فى داخل مدينة سيول وحولها .

إن البرنامج الحكومى قد يكون متسع الأفق مرناً ، والعاملات الميدانيات

قد يكن حسنات التدريب ، وعلى أعلى مستوى من البراعة ، والخدمة المتنقلة قد تصل إلى أبعد المناطق النائية ، ولكن بدون جمهور مطلع على حقائق المشكلة ، وثيق الاهتمام بها ، ومستجيب لوسائل حلها ،فإن كل الجهود يكتب لها الفشل .

ومن هذه الناحية فإن الشعب الكورى يعد حلقة قوية فى السلسلة . إنهم يتطلعون إلى تحسين الوضع الاقتصادى لأسرهم بأن يكونوا قادرين على السيطرة، لا على عدد من الأطفال الذين يريدونهم فحسب ،بل وأيضا على الفترات الواسعة بين مولد كل طفل وآخر . وهم يرغبون فى رؤية أطفالهم متعلمين يشتغلون بأعمال مجزية ، ويعرفون أن فرص تحقيق كل من هذين الحلمين لن تتوافر على الأرجح إلا إذا كرسوا جهدهم الكامل لكل طفل من أطفالهم ، وإلا إذا تهيأ الاستقرار الاقتصادى الموطد الدعائم للأسرة . وهم أيضا يرغبون فى القضاء على مخاوف الحمل غير المرغوب فيه ، وتهديدات الإجهاض الإرادى . إن الآثار العاجلة لتنظيم الأسرة هى نفقات أخف وطأة للمواد الغذائية ، وأطفال أقل تلزمهم المدرسة والملبس ، ودخل أكثر للإنفاق على تحسين مستوى المعيشة .

ومن أعظم النتائج المجزية للبرنامج تغير الموقف إزاء حجم الأسرة الكبير . فبينما الأطفال بوجه عام ، والأبناء بوجه خاص ، لا يزالون موضع التقدير العظيم ، إلا أن هناك إدراكا متزايدا بأن زيادة حجم الأسرة عن الحد الملائم يمكن أن يكون ضاراً أكثر منه نافعاً لكيان الأسرة وخيرها . وقد جاء هذا الإدراك جزئيا كنتيجة مباشرة لتحسين وسائل الرعاية الصحية للطفل والأم ، التى أعطت للآباء والأمهات ضمانات أقوى من ذى قبل بأن أطفالهم سوف يبقون على قيد الحياة .

ولأن معدل معرفة القراءة والكتابة فى الأمة يبلغ ٩٢ فى المائة ، فقد تيسر توزيع النشرات والبيانات المكتوبة بشأن وسائل تنظيم الأسرة على الشعب بأسره . فالتقاويم التى تجذب الأنظار ، ولوحات الدعاية ، والنشرات التى توزع باليد ، واللافتات ، وإعلانات التليفزيون والإذاعة، وأساليب

الإعلام الجماعى الأخرى ، مضافة إلى الندوات الجماعية والزيارات المنزلية التى تقوم بها العاملات الميدانيات كلها قد أثبتت أثرها العميق إلى درجة أن ٨٥ فى المائة من النساء الكوريات يألفن عبارة «تنظيم الأسرة» ، و ٨٦ فى المائة منهن يوافقن على تقويم حجم الأسرة بوسائل تنظيم الأسرة وإذن فالأهالى الكوريون مطلعون اطلاعا وثيقا ومستجيبون . أما مقدار اهتمامهم فيتجلى فى أحسن صورة فى نسبة الـ ٣٠ فى المائة من النساء المتزوجات فى كوريا اللاتى استخدمن أو يستخدمن موانع الحمل .

ولقد وضح أنه ليست هناك « تعويذة سحرية » للنجاح فى برنامج تنظيم الأسرة ، وأنه ليس هناك بديل لتنظيم قوى فعال جم النشاط .

ويمكن تفهم النجاح الذى أحرزه برنامج تنظيم الأسرة الكورى على خير وجه بتشبيهه بسلسلة ، حلقاتها ممتدة على كل مستوى ، من رئيس الجمهورية والمجلس التشريعى ، إلى وزارة الصحة والشئون الاجتماعية ، إلى حكام الأقاليم ثم إلى المراكز الصحية على المستوى الإقليمى . والحلقات النهائية هى العاملات الميدانيات فى كل منطقة ، والأطباء المتعاونون معهن ، والـ ٠٠٠ر٢٠٠ر٤ زوج وزوجة المختارون . وهذه السلسلة صقلتها التجربة وشكلتها الوكالات المتعاونة و « الاتحاد الكورى لتنظيم الأبوة » . وقد احتفظت كلها بمرونتها وزادت قوة على قوة .

وجاءت القوة الدافعة لإحكام حلقات هذه السلسلة من كل من الحكومة ، حيث قدرت خطورة المشكلة ، ومن الشعب ، الذى شعر بضغوط التضخم السكانى تثقل كاهله يوما بعد يوم ، وقد ساعد على التقبل السريع لتنظيم الأسرة أن البرنامج أعد ، والقوة الدافعة فى أوج شدتها ، والضغوط السكانية ينوء الشعب بثقلها كل يوم .

وتم مراجعة أوجه النشاط الشاملة لعمليات هذه السلسلة بما تتضمنه من

سلطات ومسئوليات ، بواسطة تقارير يرفعها جميع العاملين الميدانيين والأطباء المسهمين فى العمليات ، وتقدم عن طريق المراكز الصحية الإقليمية لتصل إلى وزارة الصحة والشئون الاجتماعية قبل العشرين من كل شهر . وهذه التقارير تدرج فى جداول على الفور ، ثم تنشر النتائج وتحلل بمعرفة (القسم الفرعى لتنظيم الأسرة) المنبثق من (قسم الرعاية الصحية للأمومة والطفولة) التابع للوزارة ، وهو مسئول عن تخطيط البرنامج والإشراف الشامل عليه .

ومع ذلك كله ، وبعد كل ما قيل وأنجز ، فلا يزال هناك الذين تساورهم الشكوك، وأولئك الذين يرتابون فى ضرورة تنظيم الأسرة ، ويتساءلون أيضا عما إذا كان البرنامج يستحق ما ينفق عليه من أموال .

وللإجابة على أولئك الذين يضعون حكمة البرنامج وضرورته فى موضع التساؤل ، فإننا نشير إلى الإحصاءات الرهيبة المقدمة فى بداية هذا الحديث . إن احتمالات حدوث مجاعة ، وتضخم سكانى ، وبطالة عالية ، وافتقار تعليمى وتدهور صحى للأسرة — كل ذلك حفز الشعب الكورى على أن يبادر بالبرنامج . وكما أوضحنا من قبل ، فإن البرنامج يلقى تأييداً قوياً ، وليس هناك وساوس تقليدية أو أخلاقية أو دينية ضد منع الحمل فى بلادنا . وأخيرا ، فللمعارضين أن يطمئنوا إلى أن الحكومة تعمل فقط على إحاطة الناس علما بالحقائق وتقديم الخدمات المجانية . ولا يزال القرار الخاص بممارسة تنظيم الاسرة عملا فرديا محضا تقرره الأسرة صاحبة الشأن بمحض إرادتها . فإذا استقر عزم زوج وزوجة على أن يحددا حجم الأسرة فلهما أن يختارا من بين وسائل منوعة تقدم بلا مقابل .

لقد كانت النفقات منخفضة إلى درجة مدهشة ، فالنفقة الإجمالية كانت فقط ٣ر٤ سنتات لكل فرد كل سنة وجملة البرنامج على مدى فترة عشرة أعوام يجب أن تتكلف أقل من ٠٠ ر٠٠٠ر٢٠ دولار ، أو بمعدل ٥ر٦ سنتات لكل فرد

كل سنة ، على أنه لا بد من الاشارة إلى أن من هذا القدر الإجمالى ، سوف تستخدم نسبة ٣٠ ٪ لتحسين خدمات « الرعاية الصحية للأمومة والطفولة » وخاصة ما كان منها متصلا بالولادة ، وما تتطلبه من عناية قبلها وبعدها .

لقد حاول هذا الحديث المقتضب أن يعطى القارىء بعض المعلومات عن برنامج تنظيم الأسرة فى كوريا . وقــدمنا وصـفا للضـغوط الاقتصادية والاجتماعية الشديدة القوة التى بلغت ذروتها حوالى عام ١٩٦٠ ، وتصادف وقوعها مع الانقلاب العسكرى الذى غير السياسة الرسمية بشأن تنظيم الأسرة . ولخصنا الخطوط العريضة لنجاح التجربة الكورية . وقد جلب البرنامج الكثير من الزوار إلى كوريا ، وحظى بتعليقات طيبة من شتى أنحاء العالم النامى . كما أوجزنا بيان تنظيم البرنامج ، وكيف أنه يعتمد بكل ثقله على التعاون المتبـادل بين الوكالات المتطوعة ، والجامعات ، والمهنـة الطبية ، والهيئـة التشريعية ، وكل المستويات الحكومية ، بما فيها القرى . وقد كانت تكاليف البرنامج منخفضة إلى درجة يمكن معها اعتباره « صفقة رابحة » حقيقية بالنسبة للأفراد الذين يفيدون بميزة الخـدمة المجانية ، وبالنسـبة لدافعى الضرائب ، وللاقتصاد ككل ، حيث سوف تتضح النتائج فى اتساع نطاق التعليم المدرسى ، وارتفاع معدلات العمالة وزيادة نصيب الفرد من الدخل القومى ، وتحسين الأحوال الصـحية للأسرة والمجموعات البشرية . وبالإشـارة إلى التطويرات المساعدة فى الرعاية الصحية للأمومة والطفولة ، فإننا أصبحنا أكثر قدرة على إقناع الوالدين بأن أطفالهما سوف يعيشون . وقد أصبحت المرأة أقرب إلى الاقتناع الكامل بأن ولادتها ستكون مأمونة وموفقة ، وبأن طفلها سوف ينمو ليكون إنسانا بالغاً مكتمل الصحة .

على أن جمهورية كوريا ليس فى مخططها أن تركن إلى الاستمتاع بأكاليل الغـار . فخطط المستقبل لا تتضمن فقط تحقيق أهداف « مشروع السـنوات العشر » ولكن أيضاً إعداد واختبار وسائل جديدة إلى حين يتم تطويرها .

ومن بين المشروعات المعدة الآن : توزيع الحبوب التى تؤخذ بطريق الفم على هؤلاء النسوة اللاتى جربن اللولب ، ولسبب أو لآخر وجدنه غير مرض. ومشروع آخر هو توسيع نطاق خدمات الوحدات المتنقلة لتشمل جميع الـ ٦٫٠٠٠٫٠٠٠ نسمة تقريباً الذين يعيشون فى مناطق نائية . وفى الوقت الذى تتضح فيه المنافع الاقتصادية للبرامج ، فإن المتوقع أن أزواجا وزوجات كثيرين سوف يبدأون ممارسة عمليات تنظيم الأسرة بمواردهم الخاصة بهم ، وبذلك يتيحون الفرصة لوزارة الصحة كى تحول مزيداً من جهودها إلى تطوير « برنامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة » بكامل جوانبه ، وتنظيم الأسرة مجرد جانب منها .

وقد تم فعلا تحديد الأهداف التجريبية بعيدة المدى ، والأمل معقود على أنه بحلول عام ١٩٨٦ فإن جمهورية كوريا سيبلغ معدل النمو السكانى فيها قرابة ١ فى المائة كل سنة . وعندئذ سيزيد معدل نصيب الفرد من الدخل القومى إلى أكثر من ثلاثة أمثاله ، كما ستتضح الآثار الاقتصادية الكاملة للجهود الحاضرة فى تحسينات سوف تطرأ على فرص العمل ، والمدارس ، والتغذية ــ وفى أسر صحية تزدهر فى أمة صحية .

٤

تايوان : معمل الجزيرة

ل . ب . تشو

حين أجرى أول تعداد للسكان فى سنة ١٩٠٥ بتايوان ، وهى إقليم من جمهورية الصين ، كانت جملة السكان ٣ ملايين نسمة . وزاد عدد السكان إلى أكثر من ستة ملايين فى سنة ١٩٤١ ، أى إنهم تضاعفوا فى ست وثلاثين سنة. والآن ، فى سنة ١٩٦٧ ، بعد ست وعشرين سنة زاد عدد السكان إلى ١٣ مليون نسمة . ومن هذه الزيادة ، كان ستة ملايين يمثلون « زيادة طبيعية » والباقون (مليون) كانوا يمثلون (زيادة اجتماعية) ترجع إلى الهجرة ،من اراضى الدولة الرئيسية بوجه خاص . وتبلغ كثافة سكان تايوان ٩٤٦ شخصا لكل ميل مربع من المساحة الإجمالية ، و ٣٫٧٨٤ شخصا لكل ميل مربع من الأراضى المزروعة . ذلك أن تايوان واحدة من أشد مناطق العالم كثافة بالسكان .

وكان معدل المواليد الفج يدور حول ٤٠ لكل ألف ، ولكنه انخفض قليلا إلى ٣٨ لكل ألف فى سنة ١٩٤٧ ، نتيجة للحرب العالمية الثانية . وارتفع المعدل ٥٠ لكل ألف فى ١٩٥١ . ولكنه انخفض تدريجيا فيما بعد إلى ٣٦ لكل ألف فى سنة ١٩٦٣ ، قبل أن يبدأ برنامج تنظيم الأسرة الموسع بعام واحد . ومع ذلك ، فقد هبط معدل الوفيات هبوطا مستمرا من ١٨ لكل ألف فى سنة ١٩٤٧ إلى أكثر بقليل من خمسة لكل ألف فى سنة ١٩٦٨ .

وبسبب ارتفاع معدلات المواليد ، كان سكان تايوان صغار السن ،فقرابة ٥٠ فى المائة تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاما . وهذا يعنى أن ٩٠ فى كل مائة

شخص فى سن الإخصاب من خمسة عشر إلى أربعة وستين ، بالمقارنة بـ ٦٨ فى كل مائة بالولايات المتحدة . ومن أجل هذا تطبق تايوان برنامج تنظيم الأسرة.

لقد كان النمو الاقتصادى فى تايوان خلال العقدين الماضيين بالغ الروعة حقا . فمنذ سنة ١٩٥٢ ارتفع معدل نصيب الفرد من الدخل القومى بنسبة ٨٥ فى المائة إلى ما يقرب من ٢٣٠ دولارا (دولارات أمريكية) .

ومعدل المتعلمين فى تايوان من أعلى المعدلات فى آسيا . فحوالى ٨٥ فى المائة من السكان الذكور ، و ٦٩ فى المائة من السكان الإناث فوق الثانية عشرة من العمر ، يقرأون ويكتبون . وستة أعوام من التعليم الاولى إجبارية الآن ، و ٩٧ فى المائة من السكان فى عمر الدراسة الابتدائية ملحقون فعلا بالمدارس. وقد امتد التعليم الإجبارى إلى تسع سنوات فى بداية العام الدراسى ١٩٦٨ .

وقد ساعدت شبكة كاملة من ٣٦١ مركزا صحيا على خفض معدل الوفيات ، وخاصة من الناشئين والأطفال .

والطابع الثقافى فى تايوان ينتمى للتراث الصينى ، إذ يحبذ الأسر الكبيرة . فالمال والبنون وطول العمر (كلما زاد عدد الاطفال زاد الخير ماداموا بنين) هو الثلاثى الذى كان يعتبر زينة الحياة الدنيا. وبالرغم من ذلك، وإن كان يبدو غريبا، فإن تسعة من كل عشرة أزواج وزوجات يعتقدون أن تنظيم الأسرة شىء حسن.

وبسبب الافتقار إلى سياسة رسمية وأثر الخلفية الثقافية، ظل تنظيم الأسرة زمنا طويلا ، وإلى وقت قريب ، محظورا فى تايوان . والحركة الحالية مدينة بتأييدها وتدعيمها إلى الراحل شيانج مون — لين ، الرئيس السابق للبعثة الصينية — الامريكية المشتركة للتعمير القروى .

وبدأ إسهام الحكومة فى سنة ١٩٥٩ ، عندما ضم تنظيم الأسرة كجزء لايتجزأ إلى برنامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة . ويطلق على البرنامج تفاديا للمواطن الحساسة ، اسم (البرنامج الصحى لفترة ماقبل الحمل) وجاء

تأسيس « مركز تايوان للدراسات السكانية » فى سنة ١٩٦٣ مسجلا لخطوة ذات شأن فى التطويرات الحديثة لتنظيم الأسرة . وكانت أغراض المركز القيام بدراسات وعمليات مسح شاملة لكشف عواقب النمو السكانى ،وأثرها فى صحة الناس ، وفى التطوير الاقتصادى للبلاد ، ثم تقديم تلك الحقائق للشعب .

وفى سنة ١٩٦٣ ، وبعد أن توافرت فى تايوان الأجهزة لمنــــع الحمل بواسطة اللوالب الرحمية ، بدأ فى مدينة « تايشنج » برنامج طليعى لتقدير مدى التقبل ، والتأثير ، والآثار الجانبية للأجهزة الجديدة — وتم تجميع ٤و١٥٥ حالة فى تسعة أشهر ، اختارت منها ثلاثة أرباع أن تستخدم اللولب عندما خير أصحابها بين مختلف الوسائل . وهـــذه الحالات تفحص حاليا كل ستة أشهر بمعرفة إخصائيين فى الولادة وأمراض النساء .

ونظراً للحاجة المتزايدة والنتائج المشجعة للدراسات الطليعية على « لولب ليبيس » ، فقد تقرر توسيع نطاق البرنامج لتنتفع به النسوة فى شتى أنحاء الجزيرة . وهذا الجهد الشامل بطول الجزيرة وعرضها بدأ فى يناير ١٩٦٤ أولا فى إقليم واحد ، ولـكن سرعان ما امتد إلى الجزيرة كلها . والهدف من البرنامج هو المساعدة على خفض معدل المواليد الفج بحوالى ٣٣فى المائة فى عشر سنوات . ولنيل هذا الغرض ، قدر أنه لابد من إيلاج ٦٠٠٠٠٠ لولب تقريبا فى مدى ستة أعوام .

ولتنفيذ هذا البرنامج بطريقة أكثر فعالية ، شكلت لجنة لتنظيم الأسرة فى نطاق مصلحة الصحة الإقليمية . ومسئولية هذه المنظمة أن تتخذ قرارات بشأن المسائل الإدارية والتوجيهية ، وأن تشرف من النواحى الفنية « التـكنيكية » على أوجه النشاط التى تبذلها المنظمات المتطوعة فى المجال نفسه. وحتى الآن فإن سلطات الصحة الحـكومية قد حملت فقط مسئولية توعية

الناس بتنظيم الأسرة . أما الخدمة الفعلية لأولئك الذين يرغبون فيه فإنها تقدم من جانب « رابطة الرعاية الصحية للأمومة والطفولة » وهي منظمة متطوعة. والرابطة تدفع نصف تكاليف إيلاج اللوالب من أموال الفائدة المتحصلة من اعتمادات مقابلة للولايات المتحدة .

ويستخدم البرنامج نموذجين من العاملات الميدانيات : عاملات فى رعاية صحة الأمهات قبل الولادة ، وممرضات لتعليم الصحة بالقرية (اللائى سبق أن استخدمن لتعليم الناس أصول علم الصحة والوقاية من الأمراض) . وعاملات رعاية صحة الأمهات قبل الولادة (عددهن ٤٠٠ حاليا) ويرابطن فى الدوائر الانتخابية . عادة واحدة فى كل منها . وممرضات تعليم الصحة بالقرية (عددهن ١٠٠) يدمجن تنظيم الأسرة فى نشاطهن الخاص بتعليم الصحة . وهن ينتقلن شهريا من قرية إلى أخرى فى جماعات ، كل جماعة مكونة من ثلاث .

ويجند العاملون عادة عن طريق إعلانات الصحف . وتعقد لطلاب العمل امتحانات مسابقة . والشرط الحيوى للنجاح هو القدرة على التفاهم مع الناس والتحدث إلى الأمهات بلهجة محلية .

ويشمل التدريب السابق لتسلم العمل مائة ساعة من الممارسة النظرية والميدانية . ويستدعى العاملون عادة لتدريب يستغرق يومين خلال العمل مرتين فى السنة . وهناك ثلاثون مشرفا مختارون من العاملين الذين يظهرون قدرة طيبة على الإنجاز وصفات القيادة .

والعاملات الميدانيات يركزن نشاطهن فى مجالين كبيرين ، هما : الزيارات المنزلية ، وعقد اجتماعات صغيرة . والنسوة اللائى يبدين اهتماماً باللوالب تسلم قسائم (كوبونات) ، تعطى حاملها الحق فى خصم قدره ١٠ ٪ من تكاليف الإيلاج (التى حددتها الرابطة بـ ١٫٥ دولار ، تشمل العناية اللاحقة) .

وعلى أساس ما كشف عنه برنامج العمل الطليعى بمدينة « تايشنج » كانت العاملات الميدانيات يوجهن كما يلى :

١ — اذهبى إلى مكاتب تسجيل الدائرة الانتخابية لنسخ أسماء كل النساء المتزوجات اللاتى فى العشرين إلى الرابعة والأربعين من العمر ، ويعشن فى الدائرة الانتخابية .

٢ — قومى بزيارات منزلية ، أو اعقدى اجتماعات صغيرة تضم أهالى مربع سكانى يتألف من حوالى عشرين أسرة .

٣ — عند القيام بالزيارات المنزلية ، تفاهمى أولا فقط مع النساء اللاتى لهن على الأقل ثلاثة أطفال ، وعلى الأقل ولد واحد .

٤ — جندى المتطوعات من بين المقتنعات باستخدام اللوالب بصفة خاصة للمساعدة على نشر الأخبار .

٥ — قومى فقط بزيارة متابعة واحدة بعد ستة أسابيع من الأولى ، واستكشفى مناطق جديدة بدلا من إنفاق الوقت فى المناطق القديمة .

وفى خلال العام الأول من العمل فقط سمح للاخصائيات فى الولادة وأمراض النساء بإيلاج اللوالب . وشمل تدريب هؤلاء الطبيبات شرح أغراض وإجراءات عمل إيلاج واحـــدة على الأقل . وما دام معظم الاخصائيات فى الولادة وأمراض النساء بتايوان قد سبق لهن أن حزن خبرة واسعة بحلقة « أوتا » اليابانية Japanese Ota ring فإن توجيها موجزاً يعتبر كافياً جداً . وبعد التدريب يطلب إلى الطبيبات أن يوقعن عقداً . وهناك حالياً ٦٦٤ طبيبة وقعن ويشاركن فى البرنامج .

والنشر عن البرنامج خاضع لقيود ثقيلة . فالشعار غير المدون هو :

« قم بالمهمة ، ولـكن لا تتحدث عنها » . وهذا المبدأ يسهل قوله ولـكنه صعب فى اتباعه .

ووسائط الإعلام الصحية والتعليمية التى توزع على العاملين الميدانيين تشمل

أشرطة أفلام وخرائط، ورسوماً بيانية وكراسات، ونشرات إعلانية. أما وسائط الإعلام الجماعية الأوسع نشاطاً فتشمل إعلانات راديو فورية، وشرائح زجاجية Slides لدور السينما ومواد صحفية. والأفلام السينمائية القصيرة سوف توزع في المستقبل القريب، لأن الجو العام قد أصبح أكثر ملاءمة.

والمجلس السكاني يقدم الدولارات للمعدات التي تجلب من خارج تايوان وكدفوعات للبنود التي لا تستطيع الاعتمادات المحلية أن تتحملها. وهو يعين أيضاً معظم برامج البحوث.

وقد أنفق خلال السنة المالية ١٩٦٧ مبلغ ٦٢٦٫٠٠٠ دولار على العملية والبحث وتقويم البرنامج الممتد في طول الجزيرة وعرضها، وهذا يشمل الدخل من كل المصادر. والتكاليف أقل من ٥ سنتات لكل فرد أو أقل من ٤٠ سنتاً لكن امرأة متزوجة في سن إنجاب الأطفال (حوالى ٥٫٢٠ دولار لكل من قبلت حلقة منع الحمل). والبرنامج بذلك يعد الأرخص من نوعه في العالم.

وقد أصبح برنامج تايوان لتنظيم الأسرة معروفاً بوجه خاص بسبب نظم التقويم والتسجيلات الدقيقة الشاملة التي ينفرد بها، فالجزيرة لها نظام بارع للسجلات يمكن بواسطته تسجيل، ليس فقط المواليد والوفيات، ولكن أيضاً المميزات الشخصية وتحركات السكان، وفي الوقت نفسه الاحداث الحيوية الأخرى (مثل الزواج، والطلاق، والتبني، وماشابه ذلك). وأي تغيير في معدل المواليد، وأي مواقف « ديموجرافية » أخرى، يمكن تحليلها من التسجيلات المحفوظة، يضاف إلى ذلك، أنه لتقويم البرنامج، فقد تبنى « مركز الدراسات » ثلاث وسائل رئيسية: استخدام القسائم (الكوبونات)، إجراء عمليات مسح شاملة لنواحي التوعية والاستجابة والممارسة، ثم مقابلات متابعة مع المتقبلات للحلقة.

والكوبون يخول حامله خصماً قدره ٥٠ في المائة من تكاليف إيلاج الحلقة وتحضره المرأة إلى الطبيب المتولى أمرها. وبعد إيلاج الحلقة، يوقع الكوبون ويحفظ بمعرفة الطبيب حتى وقت مبكر من الشهر التالي عندما يجمع بواسطة

أحد أفراد مصلحة الصحة المحلية . وعندما يجمع الكوبون يدفع ٧٥ سنتا للطبيب.ونقدر إنجازات العاملة الميدانية بعدد الكوبونات المسجل اسمها عليها .

وما دامت الكوبونات تعنى نقوداً للعاملات والعاملين والأطباء والطبيبات، فكلها يعاد فورا للتحليل ، وهنا تتحقق الافادة العاجلة من النتائج فى تحسين العملية خلال الشهر الثانى .

وعمليات المسح الشاملة لكل أنحاء الجزيرة للتوعية والاستجابة والممارسة تجرى مرة كل عامين على ٥٠٠٠ امرأة فى سن الزواج . والمسح الأول أجرى فى أكتوبر سنة ١٩٦٥ ، والثانى فى أكتوبر سنة ١٩٦٧ .

ومقابلات المتابعة للمتقبلات للحلقة هو نظام آخر بارع اتخذ لمعرفة مدى عدم الاقتناع الذى يتطور بين مستخدمات الحلقة ولتقدير معدلات الاحتفاظ بالحلقة والآثار المتخلفة على نسبة المواليد والإخصاب على مدى الشهور والأعوام وهى تتم سنويا . والميزات الكبرى لإجراء مقابلات متابعة بدلا من أن يطلب إلى الحالات أن تعود إلى العيادة للفحص ، هى معدل أقل فى التكاليف وأعلى فى الاستجابة . ففى دراسة صغيرة قد يكون من الممكن أن نجعل كل الحالات تقريبا تعود إلى العيادة لإجراء عمليات فحص منتظمة .

ومع ذلك فهذا مستحيل تقريبا فى عملية ميدانية كبيرة وأولئك اللاتى لا يواجهن متاعب من الحلقة لن يظهرن عادة لإجراء الفحص .

والهدف الكلى لإيلاج ٦٠٠ر٠٠٠ حلقة قد قسم إلى ستة أهداف سنوية . فالعدد الإجمالى للنساء المتزوجات من أعمار عشرين إلى أربعة وأربعين هو حوالى ١ر٦ مليون فى الوقت الحاضر ، وهدف الـ ٦٠٠ر٠٠٠ حلقة يتوافق مع ٣٧ فى المائة من المجموع الكلى . والرقم التصاعدى لمن قبلن استخدام الحلقة قد بلغ ٥٠٠ر٠٠٠ بنهاية ١٩٦٨ ، وهو يتوافق مع ٣٠ر٥ فى المائة من جملة المتزوجات من عشرين إلى أربعة وأربعين .

وهذا يعني أن واحدة من كل ثلاث نسوة متزوجات في سن حمل الأطفال قد قبلت الجهاز . ويجرى حاليا في المعدل تجنيد من ٨٫٠٠٠ إلى ١٠٫٠٠٠ حالة جديدة كل شهر .

وبرنامج تايوان يعتمد أساسا على الأطباء الخصوصيين الذين أولجوا أكثر من ٨٥ في المائة من الحلقات ـ والإناث من الأطباء مقبولات أكثر من الرجال ، ولكن ليس بالضرورة . وكانت مشاركة المستشفيات العامة مشاركة ضئيلة غير جديرة بالذكر .

وحتى هذه اللحظة سجلت معدلات القبول أعلى نسبة للنسوة من ٣٠ إلى ٣٤ من العمر اللاتي لهن أربعة أطفال أحياء واجتزن المرحلة الاعدادية من التعليم . ومعدل العمر للمتقبلات في انخفاض . . وعدد أقل نسبيا من النساء يستعمل الحلقة لإفساح فترات زمنية لإنجاب الأطفال .

ويؤكد البرنامج الأهمية الكبرى للدراسات التجريبية التي تستهدف توجيه العمليات الفعلية وجهتها الصحيحة . وقد أشارت نتائج الاختبارات المبكرة إلى أن انتشار « كلمة الفم » يمكن أن يساعد على نشر المعلومات عن الجهاز . والبحوث العملية الأخرى تشمل « الإيلاج المجاني للحلقات لوقت محدود » ، « حافز لتحويل الحالات » ، « واستخدام قادة طوائف المجتمع وأعضاء المهن الطبية في عمليات التحويل » ، « إرسال خطابات بالبريد إلى النساء حديثات الولادة " Post – Partum " ، وإلى مستخدمي الحكومة لتشجيع قبول الحلقة . وفي سنة ١٩٦٧ أرسل بالبريد نصف مليون خطاب .

وقد أعيدت في مواعيد منتظمة ٨٫٠٠٠ حالة للمنتفعات بأجهزة الحلقة إلى « عيادة مركز الدراسات السكانية بتايوان » لفحصها بمعرفة المتخصصين في الولادة وأمراض النساء ، ومن خلال هذه الدراسة ومقابلات المتابعة لنماذج من المنتفعات بالحلقة من الجزيرة ، وجد أن معدل الاحتفاظ بالجهاز لم يحقق

الآمال المعقودة عليه . وتم إزالة حوالى ٥٠ فى المائة فى مدى عامين ، معظمها لأسباب عدم الملاءمة طبيا .

إن حلقة مولجة فى داخل امرأة لها من العمر خمس وثلاثون سنة ، ولها خمسة أو أكثر من الأولاد الأحياء وحصيلتها المدرسية مقصورة على تعليم ابتدائى محدود ، وتعيش فى قرية فى قلب الريف — سوف تبقى مولجة أطول مدة ممكنة . ومعدل الفقدان أعلى بكثير عند النساء الصغيرات جداً فى السن — وفى المعدل فإن الحلقة سوف تبقى فى الرحم لفترة تبلغ حوالى ٣١ شهراً . والإزالة بسبب الآثار الجانبية هى أهم الأسباب التى تؤدى إلى فقدان هذه الوسيلة الفعالة من وسائل منع الحمل .

وبعد نهاية المرحلة الأولى تعود ٢٧ فى المائة من الحالات المنتهية إلى إيلاج الحلقات من جديد . وبعد ثمانية عشر شهراً من بداية القبول كانت حوالى ٥٩ فى المائة من الحلقات لا تزال مولجة — ولهذه الحالات التى تخلت عن الحلقات ، أدرجت فى البرنامج الحبوب التى تؤخذ بطريق الفم منذ يناير ١٩٦٧ . والحبوب ميسورة الآن بـ ٢٥ سنتا للدورة . وبنهاية عام ١٩٦٨ تم تجنيد حوالى ٦٠٫٠٠٠ من المنتفعات بالحبوب .

وبعد القبول المبدئى انخفضت معدلات المواليد بنسبة تقرب من ٨٠ فى المائة بمقارنتها بفترة الأعوام الثلاثة السابقة على القبول .

وكانت هنالك حوادث مؤسفة قليلة . فقد حدثت إصابات انثقاب فى حوالى حالة واحدة من كل ١٠٫٠٠٠ حالة إيلاج . ومن بين الخمس والثلاثين إصابة انثقاب التى أبلغ عنها ، اقتضت عشر منها علاجا بالجراحة .

وبالرغم من ارتفاع معدلات إنهاء استعمال الحلقة بين المنتفعات بها ، فإنها أقل من مثيلاتها عند المنتفعات بالحبوب أو بوسائل منع الحمل التقليدية الأخرى .

وفى الوقت الذى يواصل فيه البرنامج طريقه ، ذاعت بين طوائف الناس

أشياء « طيبة » وأخرى « سيئة » عن الحلقة . وبوجه عام فإن قرابة الثلثين ممن قبلن استعمالها وجدنها وسيلة مرضية فقط ، وحوالى ٥ فى المائة فقط عانين نتائج غير مرضية على الإطلاق .

إن تحليل هبوط نسبة المواليد فى « تايوان » ذو أهمية للمشتغلين بدراسة الإحصاءات السكانية «الديموجرافيين» ، لأنها واحدة من مناطق العالم القليلة التى تسمح بالتحليل التفصيلى ، نظراً لدقة الحقائق المسجلة وشمولها .

وقبل بداية تنظيم برنامج الأسرة الشامل للجزيرة ، وبين عامى ١٩٥١ و١٩٦٣ كان المعدل الفج للمواليد قد انخفض من ٥٠ إلى ٣٦ لكل ألف بمعدل متوسط يقرب من ٢ر٣ فى المائة سنويا ، وبعد تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة الشامل للجزيرة ، تضاعف هبوط نسبة المواليد . ومعدل الزيادة الطبيعية (باستبعاد الهجرة الآن) هو حوالى ٢٣ لكل ألف . وبذلك يبلغ برنامج السنوات العشر منتصف الطريق فى مضيه نحو الهدف .

وحتى الآن كان برنامج تنظيم الأسرة فى « تايوان » أقرب ما يكون إلى النجاح والجزيرة تملك الفرصة كى تثبت للمرة الأولى فى التاريخ أن نسبة المواليد لسكان برمتهم يمكن أن تنخفض بشكل ملموس بالجهود المخططة .

والأسباب الكبرى لنجاح برنامج « تايوان » تشمل الآتى :

(١) تطويرا اقتصاديا سليما اتخذت إجراءاته قبل البـــدء بالبرنامج :

(٢) هبط معدل الوفيات هبوطا حاداً ، وخاصة بين الناشئين ، مما جعل الآباء والأمهات يدركون أنهم ليسوا فى حاجة إلى إنجاب أطفال كثيرين كى يحتفظوا بعدد معين منهم أحياء . (٣) هناك تنافس شديد على أماكن أقل من الكفاية بالمدارس، ثم على فرص العمل فيما بعد. (٤) القادة « الديناميكيون » قد أثبتوا أن سياسة رسمية تساعد البرنامج ولكن ليس بالإلزام .

ولقد صمم برنامج « تايوان » على أساس تشجيع « المعاونة الذاتية »

وبموجبها تدفع المرأة نصف تكاليف إيلاج الحلقة ، وتسهم فى ثمن الحبوب . فالخدمات المجانية التى تصل إلى باب كل بيت شيء رائع ، ولكن التشجيع الزائد عن الحد « السلبية » فى البرنامج قد يعرقل النجاح النهائى . ذلك أن ممارسة تنظيم الأسرة تتطلب الارتباط والتضامن الشخصى .

والبرنامج يواجه بعض المشكلات : (١) سوف يشح تدريجيا عدد النساء اللائى لهن الكثير من الأطفال ، وبذلك يقتضى الأمر أيضا إدراج النساء الأصغر سنا فى قوائم البرنامج . (٢) الأشياء التى كانت تقال عن الحلقة كانت فى معظمها طيبة فى البداية ، ولكن فيما بعد انتشرت أشياء « طيبة » وبجانبها أخرى « سيئة » ، وما لم تطور أساليب جديدة لتناول المشكلة تتضمن استخدام الحبوب فإن معدل القبول قد يهبط .

ومواطن الضعف الكبرى فى برنامج « تايوان » تتضمن الآتى :

(١) كان البرنامج معتمدا على عدد صغير من المستخدمين ، والمرتبات منخفضة ، إلى حد يصعب معه الاحتفاظ بهم (٢) بسبب الافتقار إلى سياسة رسمية كان هناك انتفاع محدود جدا بوسائط الإعلام الجماعى . (الراديو يأتى بأحسن النتائج ولكنه استخدم قليلا) ، (٣) البرنامج اعتمد اعتمادا كليا تقريبا على لولب ليبيس ، والحبوب تعطى فقط للنساء اللائى توقفن عن استعمال الحلقة . ووسيلتا « الواقى الذكرى » (الكبوت) « والتعقيم » غير مدرجتين بالبرنامج .

إن خطورة هذه المشكلات تدعو إلى برنامج عاجل تعبأ له كل الجهود الخارقة . ومع ذلك فهناك من يقولون إن تصور « الأسرة الصغيرة » لابد من أن يتحقق على مر الأجيال . بقى علينا أن نرى ما إذا كان أسلوب « التعبئة الخارقة » فى تناول هذه المشكلات سوف يعود بالفشل فى المدى البعيد .

وأهم التطورات التى حدثت أخيرا فى سبيل وضع سياسة قومية وقعت فى سنة ١٩٦٦ عندما عين وزير الداخلية هيئة من الخبراء لبحث المشكلات ووضع مشروعات لسياسة سكانية جديدة .

وقد وضعت الهيئة مشروعات ثلاث خطط : « خطوط مرشدة لسياسة سكانية لجمهورية الصين » ، و « تخطيط السكان فى تايوان » و « إجراءات تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة فى تايوان » . وهذه المشروعات الثلاثة قدمت إلى مجلس الوزراء لدراستها . والمتوقع أن تصدر بها موافقة فى المستقبل القريب .

وفى انتظار استجابة حاسمة من مجلس الوزراء أدرجت حكومة « تايوان » الإقليمية تنظيم الأسرة كبند رئيسى فى برنامجها الصحى الشامل ، وذلك فى نطاق المخطط الإدارى للإقليم لعام ١٩٦٨

وبكل هذه التغييرات الطيبة المبشرة ، سرعان ما سيكرن للبرنامج كيان رسمى فى الحكومة كما سوف يتمتع بالمزيد من حرية العمل . وكلنا أمل فى أن « تايوان » سوف تكون الأولى فى إرشاد العالم إلى أن معدل المواليد يمكن أن يخفض بسرعة عن طريق الجهود المنظمة فى مدى فترة وجيزة من الزمن .

٥

ماليزيا : حملة جسورة

محمد خير جوهري

لكى نقدر برنامج تنظيم الأسرة فى « ماليزيا » حق قدره ، ونضعه فى إطاره الصحيح ، علينا أن نعرض بإيجاز لخلفية البلاد الجغرافية وثقافتها الاجتماعية . .

إن ماليزيا برزت فى عالم الوجود فى السادس عشر من سبتمبر عام ١٩٦٣ ، عندما اندمج « اتحاد الملايو وسنغافورة وبورنيو » فى دولة ذات سيادة تدين بولائها لـ « يانج دى — برتوان أجونج » (عاهل دستورى) . على أن « سنغافورة » انفصلت عن « الاتحاد » فى أغسطس سنة ١٩٦٥ .

والمساحة الإجمالية لماليزيا هى تقريبا ١٢٨٫٥٥٣ ميلا مربعا منها ٥٠٫٩١٥ ميلا مربعا تشكل « غرب ماليزيا » و ٧٧٫٦٢٨ ميلا مربعا تشكل « شرق ماليزيا » . وجملة السكان ١٠ ملايين نسمة تقريبا — ٨٫٦ ملايين فى « غرب ماليزيا » و ١٫٤ مليون « فى شرق ماليزيا » بكثافة سكانية تبلغ ١٥٨ شخصا ، و ١٧ شخصا لكل ميل مربع على التوالى .

وقد تم فى الوقت الحاضر استصلاح حوالى ثلثى أراضى « غرب ماليزيا » للزراعة . . . والباقى لا تزال تكسوه الغابات الاستوائية ، أو المستنقعات ، بأشجارها الكثيفة التى تنبثق من أغصانها جذور جديدة . وبعض مناطق الغابات يتم تطويره الآن وفقا لمشروعات تطوير متعددة ، فى حين أن الأخرى مناطق للتطوير المحتمل .

والعشرة الملايين نسمة الذين يؤلفون سكان « مالايزيا » ينتمون إلى أجناس مختلفة ، أهمها « الملايو » و « الصينية » و « الهندية » ، والأهالى القطريين بشرق مالايزيا ، ولكل منهم خلفية من مراحل التقدم الحضارى .

وجماعة « الملايو » يدينون بالإسلام عقيدة لهم ، وهو الدين الرسمى للدولة ، فى حين أن الآخرين (الذين كفل لهم الدستور حرية العبادة) يعتنقون ديانات مختلفة مثل المسيحية والبوذية والهندوسية .

ومنذ بداية القرن حدث فى مالايزيا خفض مستمر فى معدل الوفيات وقد بقى معدل مواليدها مرتفعا . . مما أدى إلى معدل من النمو السكانى يقدر حاليا بحوالى ٣ فى المائة لكل سنة . (وهو رقم يعد من أعلى الأرقام فى العالم) . وباستثناء أعوام الحرب فإن المعدل السنوى للزيادة لم يكن أقل من ٢ر٤ فى المائة فى أى عقد زمنى منذ سنة ١٩١١ عندما أجرى أول تعداد قومى للسكان .

ومنذ الحرب العالمية الثانية (١٩٤١ — ١٩١٥) استقر المعدل على ما يزيد قليلا على ٣ فى المائة . وقد بين تعداد سنة ١٩٥٧ أن سكان « غرب مالايزيا » كانوا ٦ر٢٨ ملايين . . فإذا ظلت زيادة طبيعية قدرها ٣ فى المائة مستمرة ، فبحلول عام ١٩٨٠ سيكون العدد ٥٦ر١٢ مليوناً (أى ضعف رقم سنة ١٩٥٧) وحوالى ٢٥ مليوناً بنهاية القرن العشرين .

وجدير بالذكر أن سكان « مالايزيا » ينمون أساساً بطريق الزيادة الطبيعية ، أى ارتفاع معدل المواليد ارتفاعا مفرطا عن معدل الوفيات، يتمثل هذا بشكل مميز فى الهبوط السريع فى معدل الوفيات أكثر منه فى ارتفاع معدل المواليد . وهذه الإحصاءات ذات دلالة هامة .

فى سنة ١٩٥٧ كان المعدل الفج للوفيات ٤ر١٢ لكل ألف ، وفى سنة ١٩٥٨ كان ٠ر١١ ، وفى سنة ١٩٥٩ كان ٧ر٩ ، وفى سنة ١٩٦١ كان ٢ر٩ ، وفى سنة ١٩٦٦ كان ٦ر٧ . وفى خلال الفترة نفسها —(١٩٥٧ — ١٩٦٦)—

هبط المعدل الفج للمواليد في مالايزيا من ٤٦٫٢ فى سنة ١٩٥٧ إلى ٣٧٫٣ فى سنة ١٩٦٦ — وهو نقص حوالى نقطة واحدة فقط فى السنة .

ولم تعد الهجرة عاملا ذا شأن يؤثر فى النمو الطبيعى بالرغم من أنها كانت حوالى سنة ١٩٠٠ العامل الرئيسى الفعال فى الزيادة السكانية .

وقد نال « غرب مالايزيا » استقلاله فى أغسطس ١٩٥٧ ، وشهدت الأعوام التالية بداية أوجه النشاط المنسقة لتنظيم الأسرة — منسقة بمعنى أنه بحلول عام ١٩٦٢ ، كانت جميع الولايات الإحدى عشرة فى « الاتحاد » قد شكلت جمعيات تنظيم الأسرة الخاصة بها التى تدار على أساس اختيارى أو تطوعى ، شأنها فى ذلك شأن المنظمات الاجتماعية الأخرى مثل : « الصليب الأحمر » و « جمعية إسعاف القديس يوحنا » . ومثلما يحدث فى بلاد كثيرة من العالم ، فإن هذه المنظمات الاختيارية هى الطلائع لأوجه نشاط الأسرة فى « مالايزيا » . فقد قدمت خدمات لا تقدر بمال لأفراد كثيرين ، بل الحق أن أوجه نشاطها ، وإن كانت محدودة ، قد خلقت الطقس المناسب جداً لمساهمة الحكومة فى هذا الميدان الهام من ميادين التطور الاجتماعى . وقد أدمجت الجمعيات نفسها فى هيئة قومية معروفة باسم « اتحاد جمعيات تنظيم الأسرة » ، وهو عضو فى « الاتحاد الدولى لتنظيم الأبوة » . وقد فازت بالاعتراف الرسمى من جانب الحكومة ، التى كانت تمول الاتحاد منذ سنة ١٩٦٢ بإعانة سنوية قدرها ٢٠٠٫٠٠٠ دولار «مالايزى» (بعملة الولايات المتحدة حوالى ٦٦٫٠٠٠ دولار) . وبسبب مواردها المحدودة فى المال والأيدى العاملة فإن خدماتها كانت مقصورة فى معظمها على مناطق العواصم والمدن .

وكالشأن فى الكثير من البلاد النامية الأخرى ، فإن مالايزيا قد باشرت عدداً من خطط التنمية . فمشروع السنوات الخمس الأول بدأ فى سنة

١٩٥٦ ، وخطة التنمية الثالثة الشهيرة باسم « الخطة الماليزية الأولى » يجرى تنفيذها حاليا (١٩٦٦ — ١٩٧٠) ولكل من الخطط الثلاث أغراضها الخاصة بها وحدها ، ولكن الهدف المشترك كان تهيئة الوسائل لتحقيق مستوى كريم للمعيشة مع تيسيرات أفضل وأنسب فى الميادين الاجتماعية والاقتصادية . وإن ما حققته هذه الخطط من إنجازات ، يمكن أن يظهر بجلاء فى مستوى المعيشة الحالى المرتفع نسبيا الذى يتمتع به الماليزيون والمعدل المرتفع بدرجة معقولة لنصيب الفرد من الدخل القومى، المقدر فى سنة ١٩٦٥ بـ ٩٥٠ دولارا ماليزيا (أو حوالى ٣٢٠ دولاراً بعملة الولايات المتحدة)

وقد روعى فى تصميم « الخطة الماليزية الأولى » الحالية أن تشن حملة جسورة متفتحة الذهن على مشكلات ماليزيا . ومن أخطر أغراض الخطة دلالة « أن يوضع حجر الأساس للحد من سرعة النمو السكانى بتطبيق برنامج عمل فعال لتنظيم الأسرة » . وفى ضوء هذه الخلفية من الإنجازات الاجتماعية والاقتصادية التى استوعبتها خطط التنمية المتعددة ، وبإدراك تام للآثار المعطلة المتخلفة عن المعدل المرتفع حاليا للنمو السكانى ، وما طبعته من بصمات على هذه الإنجازات وعلى مستوى المعيشة — قررت الحكومة فى أواخر عام ١٩٦٤ أن تتبنى تنظيم الأسرة كنهج قومى . وأسفر القرار عن إنشاء (فى يونيو ١٩٦٦) وكالة حكومية لتنظيم الأسرة تعرف باسم « المجلس القومى لتنظيم الأسرة » ، وعندذاك أعد مرسوم برلمانى كان معروفا باسم « مرسوم تنظيم الأسرة رقم ٤٢ لسنة ١٩٦٦ » ، ليتخذ قوة القانون لإضفاء الوضع الشرعى المستقل على هذه الهيئة ، ونص فيه على شروط تتضمن مبادىء هادفة تكفل التنفيذ الفعال للمناهج العملية التى تنتهجها الحكومة فى هذا الشأن .

وفى سنة ١٩٦٤ ، كان من حظ كاتب هذه السطور أن تولى رياسة لجنة وزارية عهد إليها بمهمة رسم الخطوات اللازمة التى يجب أن تتخذ لتحقيق

الأهداف الحكومية ، وفى سنة ١٩٦٦ ، وكنتيجة لتوصيات هذه اللجنة ، تأسس « المجلس القومى لتنظيم الأسرة » . وعينت الحكومة كاتب هذه السطور رئيسا له . وكى تبرز الحكومة أهمية « المجلس » أصدرت قراراً بتبعيته لرياسة الوزارة مباشرة .

وفى سبيل إنجاز المهمة بنجاح برنامج تنظيم الأسرة فى البلاد ، حدد « المجلس » الأهداف الرئيسية السبعة التالية : (١) وضع المناهج والوسائل الكفيلة بنهوض وانتشار التوعية والممارسة لتنظيم الأسرة على أسس من الرعاية الصحية للأمهات والأطفال والرفاهية للأسرة . (٢) تحديد البرامج ، والتوجيه ، والإدارة ، والتنسيق لأوجه نشاط تنظيم الأسرة فى البلاد . (٣) تحمل مسئولية تدريب كل الأشخاص الذين تشملهم الأعمال المتفرعة من تنظيم الأسرة . (٤) مسئولية القيام بالبحوث الخاصة بالوسائل الطبية والحيوية « البيولوجية » المتصلة بتنظيم الأسرة . (٥) النهوض بالدراسات والبحوث بشأن العلاقات المتبادلة بين التغييرات الاجتماعية ، والثقافية ، والاقتصادية ، والسكانية ، وأيضا البحوث المتصلة بنماذج من الإخصاب (نسبة المواليد) والأمومة فى البلاد . (٦) إنشاء نظام للتقويم يكون من شأنه إمكان تحديد مقدار فعالية البرنامج والتقدم الذى أحرزه نحو بلوغ الأهداف القومية . (٧) الانتفاع بخدمات كل من يتطلبهم العمل من موظفين ومستخدمين للقيام بالمهام والواجبات المكفولة للمجلس بشروط أقرها رئيس الوزراء .

والمعتقد أنه وفقا للتطبيقات الإدارية فى هذه البلاد فإن هيئة شرعية من هذا الطراز ستكون أشد الوكالات ملاءمة لتوجيه وإدارة البرنامج فى ميدان السكان وتنظيم الأسرة . والعمل الرئيسى الموكول إلى « مجلس تنظيم الأسرة » هو إقرار تنسيق متبادل مع الوزارات والمصالح من شأنه أن

يشارك الجهاز الحكومى بأسره فى البرنامج . ولهذا الغرض أنشئت فروع للمجلس فى وزارات مهمة مثل الصحة ، والإعلام ، والتعليم ، والتنمية القومية والإقليمية ، والزراعة ، والعمل ، والخدمات الاجتماعية . . يضاف إلى ذلك ، أنه أدرجت أسماء شخصيات ذات نفوذ من مختلف ميادين القطاع العام كأعضاء . وفى سبيل دفع البرنامج إلى أعلى قدرة ممكنة من العمل ؛ أنشأ المجلس عدداً من الأقسام يختص كل منها بمهام ومسئوليات محددة . وهذه الأقسام تشمل الإدارة والمالية ، وخدمات تنظيم الأسرة ، والتموين ، والتدريب ، والبحث والتقويم ، والتوعية ، والإعلام .

وفى الوقت الذى يسود فيه الشعور بين قادة ماليزيا بأن ثمة حاجة عاجلة لإنقاص المعدل الحالى للنمو السكانى ، لم يصدر تحديد رسمى للمعدل الأمثل لهذا النمو . على أن التقدير المتصور فى الخطة الماليزية الأولى هو أن معدل الـ ٣ فى المائة الحالى للزيادة يجب أن يخفض الـ ٢ فى المائة فى فترة زمنية تقرب من عشرين عاما . كيف يمكن لهذا أن يتحقق ؟ سوف يتركز البرنامج مبدئيا على النساء اللائى أنجبن أطفالا لتوهن . وبرنامج سنة ١٩٦٧ يأمل أن يغطى حوالى ٤٠٠٠٠ امرأة أى ما يعادل ٣ فى المائة من الـ ١ر٢ مليون من الساكنات فى مرحلة حمل الأطفال . وسوف تزداد تدريجيا النسبة المئوية المستهدفة تبعا لزيادة توسع البرنامج . والأمل معقود على أنه فى الأعوام الثلاثة المقبلة سوف يتم الاتصال بـ ٣٠ فى المائة من حاملات الأطفال من السكان .

إن عملية تخطيط المنهج العملى القومى تستوجب وضع عدد من العوامل فى الاعتبار . من بينها ما يلى :

(١) تنظيم الأسرة تصور جديد فى الحياة « الماليزية » .

(٢) يجب مراعاة الخلفيات الاجتماعية الثقافية (المراحل الحضارية) والدينية للجماعات البشرية المتعددة الأجناس .

(٣) هناك عدد من الأطباء والعاملين بالمحيط الطبي وهم يعملون أساساً بالخدمات الطبية الحكومية . والمقدر أن يكون العدد الحالى للأطباء بالنسبة للسكان يعادل ١ إلى ٦٫٥٠٠ .

(٤) المنظمات الأهلية المتطوعة ، نظراً لوجودها بالميدان أكثر من اثنى عشر عاما ، أحرزت بعض التقدم وخاصة فى المناطق الدينية .

(٥) التجارب السابقة تشير إلى أن الحبوب هى الطريقة المفضلة . وبين يناير ويونيو ١٩٦٧ ، بلغ متوسط ما وزع شهريا ٢٠٠٫٠٠٠ شريط من الحبوب التى تؤخذ بطريق الفم بواسطة شركات الادوية بالبلاد . ويؤخذ من كل التقارير الواردة أن الحبوب فيما يبدو غير ضارة . . وأيضا لأن الأمر لا يستلزم إجراء فحص مهبلى ، فإن فى وســـع العاملين بالمحيط الطبى أن يوزعوا الحبوب .

وكما أسلفنا القول فإن ضمان النجاح لبرنامج قومى فى طبيعته وجديد على البلاد ، يقتضى التزام الحكمة بتخطيطه على ضوء الخلفيات القائمة ومكاسب التجارب الماضية . والوسيلة العملية المثلى هى أن ينفذ البرنامج على مراحل ، لا تبدأ بالمناطق التى تتفاقم فيها المشكلة ، ولكن بالمناطق التى تتهيأ فيها أكبر أسباب النجاح مع أقل جهد ممكن . وبناء على ذلك استقر العزم على أن يتم تنفيذ البرنامج القومى على المراحل الأربع التالية فى خلال فترة زمنية قدرها ثلاثة أعوام .

المرحلة الأولى : من البرنامج بدأت فى مايو سنة ١٩٦٧ فى مدن العواصم . حيث تتوافر بسهولة خدمات الأمومة بالكفاية المطلوبة — وهى مناطق يسودها الاهتمام بتنظيم الأسرة ، وحيث يوجد حوالى ٥٠ فى المائة

من النساء المتزوجات بين الخامسة عشرة والخامسة والأربعين من العمر اللائى لم يعقمن ، يؤمن جميعا بتنظيم الأسرة .

المرحلة الثانية : بدأت فى ديسمبر ١٩٦٧ تغطى حوالى خمسين مدينة أصغر حجما بها مستشفيات محلية .. وهنا — خاصة فى نطاق الحدود المدينية — لقى تنظيم الأسرة نجاحا ملموسا .

المرحلة الثالثة : بدأت فى مايو ١٩٦٨ ، وكانت بؤرة العملية فى مراكز الصحة الرئيسية والفرعية ، أى فى مناطق الأقاليم .

المرحلة الرابعة : وهى المرحلة النهائية — بدأت حوالى منتصف عام ١٩٦٩ ، متركزة فى مناطق لم تشملها المراحل السابقة .. وعلى هذا سوف تشهد نهاية ١٩٦٦ توافر خدمات تنظيم الأسرة للسكان جميعا .

والمنهج القومى لا يختص أية وسيلة بالذات من وسائل منع الحمل بأن تستخدم دون غيرها . فالشعور السائد أن تنظيم الأسرة فى ذاته اختيارى فيجب أيضا أن يتم طوعاً اختيار الوسائل المناسبة لكل حالة . على أن الواضح مع ذلك أن الحبوب هى أوسع الوسائل انتشاراً ، ومن ثم سوف يواصل « مجلس تنظيم الأسرة » تشجيع استخدامها ؛ وذلك بتيسير الحصول عليها وخفض سعرها . ووفقا لبرنامج تموين المجلس يباع نوعان من الأقراص بدولار مالايزى واحد (٣٣ سنتا بعملة الولايات المتحدة) لكل دورة ، فى حين كان السعر سابقا ٢٫٤ من الدولار المالايزى لكل دورة ، وتفيد التقارير الواردة من المستوصفات أن حوالى ٩٠ فى المائة من المتقدمات الجدد للعلاج يتقبلن الحبوب .

وإن تنظيم الأسرة مفهوم جديد نسبيا فى ماليزيا . ويمكن القول بأن عددا قليلا جداً من العاملين بالهيئات الرسمية الطبية والصحية قد ساهموا مباشرة فى عمل تنظيم الأسرة . . وخبرات الأطباء الخصوصيين اقتصرت أساسا على « وصف » الحبوب . ولم تباشر جمعيات تنظيم الأسرة على الإطلاق أعمال التوعية والتنشيط لتنظيم الأسرة على نطاق قومى . لذلك ، فإن الهدف الذى يضعه «المجلس» نصب عينيه ، إلى جانب أهدافه الأخرى الكثيرة ، هو الإفادة من كل الكفايات الميسورة بوزارة الصحة والوزارات الأخرى الوثيقة الصلة بأعمال تنظيم الأسرة ، والقطاع العام .

وأشد المهام إلحاحا هى تدريب العاملين المطلوبين للعمل . وكى نقدر ضخامة هذه المهمة ننقل هنا العدد الذى سوف يستخدم فى البرنامج : أكثر من ٢٠٠٠ من العاملين مع وزارة الصحة ، وأكثر من ١٫٣٠٠ طبيب ، ومن ٣٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ من قابلات الأقاليم ، وحوالى ٣٠٠ ممرضة يتبعن « المجلس مباشرة » . يضاف إلى هؤلاء جميعا مئات من العاملين الاجتماعيين فى كل من المناطق المدينية والإقليمية . والمهمة العاجلة هى تدريب العاملين الذين قد ينتفع بهم فيما بعد لتدريب آخرين .

تتلو ذلك مهمة خلق الوعى ، والمعرفة ، والتقبل العام لمبدأ أن تنظيم الأسرة يجب أن يكون سبيل الحياة لكل ماليزى . إن هدف « مجلس تنظيم الأسرة » أن يستخدم كل الموارد القائمة لمصالح الحكومة ومؤسسات القطاع العام التجارية لمعاونته فى هذا المجال الهام . وبوجه عام ، فإن أسلوبين مختلفين سوف ينتفع بهما فى هذا الشأن : وسائط الإعلام الجماعى ، والاتصال وجها لوجه . وسوف يستخدم الراديو والتليفزيون والسينما والصحف والمجلات والنشرات . وماليزيا محظوظة جداً فى هذا المجال ، إذ لديها تنظيم محكم لوسائط الإعلام يمكن للبرنامج بفضله أن يبلغ بجدارة أقصى مكان فى البلاد .

وقد أحرزت الحملات القومية المتعددة نجاحا ساحقا فى هذا الشأن . إذ

أظهرت التقارير المستقاة من عمليات المسح الشاملة لغرب ماليزيا التي أجريت في سنة ١٩٦٦ أن غالبية نساء المدينة في متناولهن أنماط متعددة من وسائط الإعلام الجماهي .. فمثلا بين ٧٣ و ٧٧ في المائة من النساء المختارات يستمعن إلى الراديو أكثر من مرة في كل أسبوع ، وأكثر من ٧٥ في المائة يحضرن عروضا سينمائية من وقت لآخر .. ، وهذا يزداد أهمية عندما نعلم أن من « ١٥ إلى ٤٠ في المائة » من النساء المختارات لم يسمعن أي شيء عن تنظيم الأسرة عن طريق وسائط الإعلام الجماعي على مدى الأشهر الثلاثة التي سبقت هذا التقرير ، أي من أكتوبر إلى ديسمبر ١٩٦٦ . وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في أمم أخرى أن إعادة إذاعة المعلومات من شخص لآخر في الجماعات البشرية المحلية هي إحدى الطرق الفعالة لنشر المعرفة عن تنظيم الأسرة والعمل على قبوله . وعلى ذلك فإن برنامج « المجلس » سوف يتضمن أيضا التنبه إلى قيمة هذه الواسطة من وسائط الإعلام . .

وجدير بالاهتمام أيضا أن يجرى تقويم أوجه نشاط البرنامج من وقت لآخر ، ليس فقط لتحديد ما أحرزه من نجاح في كل مرحلة ، وإنما أيضاً للإفادة من النتائج والبيانات في تخطيط وإعادة تخطيط البرامج المقبلة . ولتحقيق هذا الغرض شكل المجلس قسما للبحوث والتقويم .

وجدير بالذكر أيضا أنه قبل إنشاء « المجلس القومي لتنظيم الأسرة » في سنة ١٩٦٦ ، عهد مجلس الوزراء إلى مصلحة الإحصاء والتعداد بأن تجرى عملية مسح جذرية للأسرة تحصل بموجبها من الناس على بعض الحقائق الأساسية لنماذج من المعرفة والمواقف والسلوك إزاء تنظيم الأسرة ، يمكن أن تكون مرشداً في تخطيط البرنامج ، كي يتسنى نيل التأييد القومي له . وقامت مصلحة الإحصاء بعملية مسح بمعاونة جامعة متشيجان بالولايات المتحدة وفقا لمنحة من « مؤسسة فورد » . وكانت فرق العاملين في الميدان من أغسطس ١٩٦٦ إلى مارس ١٩٦٧ . . وتم فعلا إعداد التقارير التمهيدية الخاصة بمناطق

العواصم والمدن ، ويجرى الآن إعداد التقارير التمهيدية عن المناطق الإقليمية ، وأيضا التقرير الكامل عن عملية المسح برمتها، التى ستسفر بالتأكيد عن حقائق يستفاد منها فى تخطيط البرامج فى المستقبل .

وإنه لما يتفق مع طبائع البشر أن نحاول التكهن ، حتى فى هذه المرحلة الاستهلالية ، بما يطويه المستقبل من توقعات واحتمالات لأوجه نشاط تنظيم الأسرة فى ماليزيا . وبعض التطورات الماضية والحاضرة الملخصة فيما يلى قد تفيد كمؤشرات :

١ — بالرغم من أن تنظيم الأسرة يعد من أحدث المفهومات فى المجتمع الماليزى فإنه لقى فعلا درجة ملموسة من القبول .

٢ — التناول الواقعى الواسع الأفق للحكومة يبشر بالخير . وقد أدلى رئيس الوزراء وزملاؤه فى المجلس بتصريحات قوية فى صالح تنظيم الأسرة . وخير طريقةمقبولة لتناول الموضوع هى اعتبار تنظيم الأسرة كرصيد صحى، بمعنى أن ممارسته يمكن أن تسهم فى تحسين صحة الأمهات والأطفال وتحقيق رفاهية الأسر .

٣ — لم يكن هناك اعتراض دينى على تنظيم الأسرة .

٤ — لا يبدو أن أحداً يعارض إسهام الحكومة أو تأييدها للعمل الاختيارى لجمعيات تنظيم الأسرة . وعندما عرض مشروع قانون تنظيم الأسرة على مجلس البرلمان فى سنة ١٩٦٦ ، أقر بالاجماع .

٥ — المهنة الطبية ليست معترضة على تحديد النسل وقدمت تأكيدات التأييد ومساهمة فعالة فى البرنامج .

٦ — التيسيرات الصحية الجيدة متوافرة فى كل أنحاء البلاد بشبكة من أكثر من ٦٠ مستشفى و ٤٠ مركز صحة رئيسياً (كل منها يغطى مساحة

يسكنها ٥٠٠٠٠ شخص) و ١٥٠٠ مركز صحة فرعيا (كل منها يغطى مساحة يسكنها ١٠٠٠٠ شخص) .

٧ — التأييد الذى تقدمه وزارات الحكومة ، وخاصة وزارة الصحة ، مشجع . والعاملون بالمجلس وبالجمعيات موضع ترحيب فى المستشفيات والمستوصفات . وقد بدأت المحادثات بشأن إدماج خدمات تنظيم الأسرة فى أوجه النشاط الصحى العام .

٨ — جذب البرنامج حتى هذه المرحلة اهتماما كبيرا من جانب حكومات وبلاد كثيرة ،ومن جانب منظمات قومية ودولية متصلة بعمل تنظيم الأسرة . وهى تشمل الآتى بيانه على سبيل المثال لا الحصر : الحكومة السويدية من طريق الوكالة السويدية الدولية للتنمية ، مؤسسة فورد ، والمجلس السكانى بنيويورك .

وبينما لم يؤن الأوان بعد كى نجسد ما أحرزته ماليزيا من نجاح متواضع بلغة الأرقام ، فإن المستقبل يبدو باعثا على التفاؤل . وفى ضوء اتجاه التطورات الماضية (بعضها نوقش فيما سبق بيانه) ، وأيضا من خلال الجهود الجماعية التى بذلها كل العاملين بشعور من التفانى والفهم — سوف تحقق ماليزيا أهدافها بجعل تنظيم الأسرة طريقا للحياة ، وسبيلا لخلق بلاد أكثر سعادة ورخاء للأجيال الحاضرة والمستقبلة . .

٦

سنغافورة : مواجهة المحنة

ك. كاناجا رايتنام

معلومات خلفية

إن جمهورية سنغافورة « ، الواقعة على الطرف الجنوبي من شبه جزيرة الملايو ، تتألف من جزيرة مساحتها ٢٠٤ ميلا مربعا ، وسكانها يقربون من مليوني نسمة . والأجناس الرئيسية من الأهالي هم الصينيون (٧٥ في المائة) ، والملاويون (يشملون الإندونيسيين ، ١٤ في المائة)، والهنود (٨ في المائة) . على أن سنغافورة ذات طابع عالمي ، وهي موطن لناس ينتمون لأجناس كثيرة . وسنغافورة بلد متعددة الأجناس ، تتلاقى فيه أربع ثقافات عظيمة — الصينية ،والملايية ، والهندية ، والغربية . وله أربع لغات رسمية والأشخاص الذين هم دون الحادية والعشرين من العمر يؤلفون أكثر من ٥٠ في المائة من السكان . وفي سنة ١٩٦٧ كان نصيب الفرد من الدخل القومي ٥٥٠ دولارا (دولارات الولايات المتحدة) . وعدد الذين في العاشرة من العمر أو أكبر ، وتلقوا قدرا من التعليم الرسمي يقدرون بحوالي ٧٥ في المائة من جملة السكان (عملية مسح منزلي لسنغافورة في ١٩٦٦) والتعليم ، وإن لم يكن إجباريا ، إلا أنه عام وشامل .

تاريخ تنظيم الأسرة في سنغافورة :

بدأ تنظيم الأسرة في سنة ١٩٤٩ بجهود «جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة» على أساس اختياري . وهذا الجهد الاختياري استمر حتى نهاية عام ١٩٦٥ ، عندما

تولت حكومة سنغافورة المسئولية الكاملة لتنظيم الأسرة ، وأنشأت « مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان » ليكون الوكالة القومية لتوجيه وتنسيق كل أوجه نشاط تنظيم الأسرة فى الجمهورية . وارتفع عدد المتقبلين الجدد لتنظيم الأسرة من ٦٠٠ فى عام ١٩٤٩ إلى ٩٫٨٥٦ فى عام ١٩٦٥ . وهذا زاد إلى ١٦٫٠٠٠ (باستبعاد الحالات المحولة) فى ١٩٦٦ ، وبلغ ٣١٫٠٠٠ فى ١٩٦٧ .

وفى عام ١٩٥٩ ، أقرت الحكومة تنظيم الأسرة كنهج رسمى ، ولتدعيم هذا الاتجاه ، نظمت الحكومة فى سنة ١٩٦٠ حملة ناجحة جداً لتنظيم الأسرة استغرقت ثلاثة أشهر كجزء من برنامجها الجماعى للتوعية الصحية . وعلى أثر حملة التوعية هذه ارتفع المتقبلون الجدد لتنظيم الأسرة من ٥٫٩٣٨ فى ١٩٥٩ إلى ٧٫٤٧٢ فى ١٩٦٠ و ٨٠٧٠ فى ١٩٦١ . ومع ذلك لم يستمر معدل هذه الزيادة على مر الأعوام التالية (بحلول ١٩٦٥ كانت فقط ٩٫٨٤٥) ، كما لم تكن متسعة فى طبيعتها ونطاقها لتلبى حاجة البلاد .

وفى نوفمبر سنة ١٩٦٤ ، ثم فى يناير ١٩٦٥ ، طلب « مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان » إلى وزارة صحة سنغافورة أن تتولى جميع أوجه نشاط تنظيم الأسرة التى تقوم بها «جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة» وتضمها إلى المؤسسات الحكومية . وكانت أوجه النشاط هذه تؤلف فى ذلك الوقت ٩٠ فى المائة من جهود الجمعية . وبناء على ذلك أصدر وزير الصحة قراراً فى مارس ١٩٦٥ بتعيين لجنة خاصة لتستعرض وتقرر بالضبط أيا من اختصاصات ومهام تنظيم الأسرة الحالية يجب أن يحول إلى الحكومة . وقامت اللجنة الخاصة — برئيسها المستقل وأعضائها الممثلين لإدارات الحكومة المختصة ، والجمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة — بتقديم هذا التقرير الإجماعى إلى وزير الصحة فى يونيو ١٩٦٥ . وأوصت اللجنة بأن الحكومة يجب أن تتكفل بالمسئوليات الكاملة لجميع أوجه نشاط تنظيم الأسرة فى الجمهورية

مشروع السنوات الخمس الحكومى :

أقرت حكومة سنغافورة توصيات اللجنة الخاصة . وفى سبتمبر ١٩٦٥ ، أصدرت الحكومة « كتاباً أبيض » فى « تنظيم الأسرة » أعلنت فيه « مشروع السنوات الخمس » (١٩٦٦ — ١٩٧٠) يستهدف تقديم خدمات تنظيم أسرة شاملة لـ ١٨٠٫٠٠٠ امرأة مختارة . وكان هدفه خفض معدل المواليد ، الذى كان ٣٢ لكل ألف فى ١٩٦٤ ، إلى أقل من ٢٠ لكل ألف بحلول ١٩٧٠ .

ونص « الكتاب الأبيض » على تفصيلات «البرنامج القومى للسنوات الخمس لتنظيم الأسرة » ولخص منهج التنفيذ . وكان الهدف القومى بتقبل ١٨٠٫٠٠٠ امرأة لبرنامج الأسرة فى خلال فترة المشروع (١٩٦٦ إلى ١٩٧٠) قائما على أساس افتراضات معينة لنسبة المواليد ، والوفيات ، ونماذج زواج . فعلى أساس تعداد السكان لسنة ١٩٦٧ ، أمكن الافتراض بأنه فى سنة ١٩٧٠ سيتم زواج حوالى ٣٠٠٫٠٠٠ امرأة من حوالى ٤٥٠٫٠٠٠ امرأة فى سن الإخصاب ، تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والرابعة والأربعين . ومن هذا العدد افترض ، أن ٢٠ فى المائة (أو ٦٠٫٠٠٠) سوف يمارسن تنظيم الأسرة و ٢٠ فى المائة أخرى (أو ٦٠٫٠٠٠) سوف لا يحتجن للخدمة . وعلى ذلك ، ففى سنة ١٩٧٠ سيكون هناك ١٨٠٫٠٠٠ امرأة متزوجة مختارة تقتضى الضرورة إمدادهن بالخدمة خلال فترة المشروع . وأهداف المشروع السنوية ٢٠ فى المائة بالمتقبلين الجدد لتنظيم الأسرة هى كما يلى :

جدول ٦ — ١

١٩٦٦	١٩٦٧	١٩٦٨	١٩٦٩	١٩٧٠	الجملة
٢٥٫٠٠٠	٣٠٫٠٠٠	٣٥٫٠٠٠	٤٥٫٠٠٠	٤٥٫٠٠٠	١٨٠٫٠٠٠

إنشاء « مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان »

إن قانون « مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان » (رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٥) أقر من البرلمان فى ديسمبر ١٩٦٥ لإنشاء وكالة قومية لتنظيم الأسرة . وكانت عضوية المجلس تقوم على أساس التمثيل النيابى على أوسع نطاق ممكن ليكون على مستوى مسئولياته الضخمة . ومثل المجلس ثلاث مناطق عمل هامة : وزارات الحكومة ، الجامعة ، مواطنون متفوقون فى الخدمة العامة . وشمل ممثلو وزارات الحكومة أشخاصاً من دوائر الصحة والإحصاء والشئون الاجتماعية. والأطباء فى المجلس شملوا متخصصين فى الولادة وأمراض النساء ، والصحة العامة ، والرعاية الصحية للأمهات والأطفال . والأشخاص من الدوائر الأخرى الذين ضموا إلى المجلس بتعيين أعضاء غير رسميين كانوا صيدلياً ، وممرضة ، وخبير توعية . وعين بالمجلس أيضاً بالإضافة إلى هؤلاء شخصان رشحتهما « جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة » و « الاتحاد الدولى لتنظيم الأبوة » .

ووضع « مشروع السنوات الخمس » من أهدافه الانتفاع بشبكة سنغافورة الواسعة النطاق للخدمات الصحية الحكومية وما بلغته من تطور فائق ، وبوجه خاص ، بمراكزها الستة والستين للرعاية الصحية للأمهات والأطفال ، ومستشفى « كاندانج كيربو للولادة » — وهذه جميعاً قدر لها أن تكون المراكز الرئيسية للبرنامج . وفى سنة ١٩٦٤ تمت ٤٤ر٩٦٣ حالة ولادة من ٥٨ر٢١٧ حالة بواسطة هذه المؤسسات الحكومية . وقرابة ٧٠ فى المائة من جملة المواليد فى ذلك العام تمت فى مستشفى الولادة . وعلى ذلك فإن المشروع ركز الاهتمام على العمل بين اللائى ينتظرن مولوداً ، وحديثات الولادة من الأمهات المنتفعات بالخدمات الصحية الحكومية .

وعندما وضع مشروع السنوات الخمس فى سنة ١٩٦٥ ، أجرى استعراض

لوسائل تنظيم الأسرة المستخدمة ، وساد الشعور بأن إتاحة جميع وسائل تنظيم الأسرة وعرضها بأسلوب جرىء مقسع الأفق على طريقة « قائمة الطعام » أمر حيوى للنجاح . والوسائل التى عرضت بترتيب أفضليتها كانت :

١ — جهاز الحلقة المانعة للرحم وتولج فى الرحم .

٢ — حبوب منع الحمل .

٣ — التعقيم الجراحى بطريق الربط (لمن لديهم ستة أو أكثر من الأطفال) .

٤ — الغشاء المهبلى باللاصق .

٥ — قرص المهبل .

٦ — الواقى الذكرى (الكبوت) .

٧ — طريقة « فترة الأمان » بين دورات الطمث الشهرى .

ومع ذلك ، فإن كل التركيز فى المشروع ، كما أعلن فى الكتاب الأبيض ، فى عام ١٩٦٥ كان على عرض اللولب الذى قدر بأنه الوسيلة المفضلة لدى ٨٠ فى المائة من السكان المستهدفين للبرنامج .

ومنذ سنة ١٩٥٩ خصصت حكومة سنغافورة اعتماداً سنوياً قدره ١٠٠,٠٠٠ دولار سنغافورى (حوالى ٣٣,٠٠٠ بعملة الولايات المتحدة) لتنظيم الأسرة تتولى إنفاقه « جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة » ، وزيد هذا إلى ٢٠٠,٠٠٠ د . س . لكل سنة ، أو مليون د . س لسنوات المشروع الخمس (١٩٦٦ إلى ١٩٧٠) تتولى إنفاقه الوكالة القومية « مجلس تنظيم الأسرة والسكان » . وجرى المجلس على مبدأ الخدمات المعانة ، وهو يقضى بأن تكون الخدمة والرعاية الطبية مجاناً ، ولكن العقاقير الطبية تقدم بقيمة مخفضة . فمثلا ، حددت قيمة « اللولب » بعشرة دولارات (خفضت إلى خمسة فى سنة ١٩٧٧) ، و ١,٥٠ دولارا لإمداد شهر من حبوب منع الحمل . يقارن هذا بـ ٥٠ دولاراً

إلى ١٠٠ دولار للولب و ٥ دولارات إلى ٧٫٥٠ دولارات لحبوب منع الحمل بالقطاع الخاص فى ذلك الوقت . (كل هذه التقديرات تقدم بالدولارات السنغافورية ، ١٫٠٠ من دولارات الولايات المتحدة = ٣٫٠٦ دولارات سنغافورية) .

وقد استقر الوضع الرسمى لـ « مجلس تنظيم الأسرة والسكان » عندما افتتحه وزير الصحة « يونج نيوك لين » فى ١٢ يناير ١٩٦٦ . وكانت المسئولية الأساسية للمجلس هى تنفيذ برنامج السنوات الخمس . وينص قانون المجلس على أن تكون المهام والواجبات الموكولة إليه هى ما يلى :

(١) أن يعمل بوصية الوكالة الوحيدة للنهوض بالمعلومات ونشر التوعية المتصلة بتنظيم الأسرة بسنغافورة . (٢) أن يبدأ وينفذ برامج تحديد السكان . (٣) أن يستثير الاهتمام بالإحصاءات السكانية « الديموجرافية » بسنغافورة . (٤) أن يوجه الحكومة الوجهة الصحيحة فى كل الشئون المتصلة بتنظيم الأسرة وتحديد السكان .

كما أن القانون يخول المجلس السلطة اللازمة ليعمل كهيئة عليا تملك تنظيم أوجه نشاطها . وهو يضفى على المجلس كل السلطات العليا التى تكفل له حق تنسيق وتوجيه كل أوجه نشاط تنظيم الأسرة فى الجمهورية .

وفى خطابه الافتتاحى إلى المجلس فى ١٢ يناير ١٩٦٦ ، قال وزير الصحة :

« إن سنغافورة ، كما نعلم جميعاً ، جزيرة صغيرة مكتظة إلى أقصى حد بسكانها القريبين من ٢ مليون نسمة يعيشون فى مساحة تزيد قليلا على ٢٠٠ ميل مربع ، أو بكثافة سكانية تبلغ نحو ٨٠٠٠ نسمة لكل ميل مربع ولهذا فإن تنظيم الأسرة مسألة ذات أهمية قومية ، بل الواقع أنها مسألة ذات خطورة ملحة بالنسبة لنا جميعاً . إن خير ما يتاح لنا من فرص البقاء فى سنغافورة ، وهى متمتعة باستقلالها ، هو فى التركيز على الكيف وليس على الكم .

السنة الأولى — ١٩٦٦

استهل مجلس تنظيم الأسرة والسكان ، مهام أعماله فى بداية سنة ١٩٦٦ وكانت المهمة الأولى هى ضمان انتقال الاختصاصات فى هدوء من « جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة » إلى البرنامج القومى ، وقد أنجز هذا فى بداية عام ١٩٦٦ .

ويمكن وصف السنة الأولى بأنها سنة التنظيم والتخطيط . وبالرغم من هذا ، ودون أن يكون للمجلس تنظيم أساسى أصلى أو هيئة عاملة ، فقد استطاع أن يحتفظ بمستوى مرض معقول من الخدمة . وهذا يرجع فى معظمه إلى العمل المتفانى المخلص الذى قام به موظفو الحكومة الذين تكفلوا بالجانب الأكبر من العمل التنظيمى المبدئى ، والذين لا يزالون يقدمون مزيداً من العون والتعضيد للبرنامج . يتضح هذا فى الارتفاع المنتظم للمتقبلين الجدد لتنظيم الأسرة (باستبعاد الحالات المحولة من « جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة » .) من ٤١١ فى يناير إلى ٢٫٢٣٤ فى ديسمبر ١٩٦٦ ، وزاد الحضور من ٤٫٦٤١ فى يناير إلى ١١٫٩٦٧ فى ديسمبر ، والهدف الشامل الموضوع للبرنامج القومى لتنظيم الأسرة لسنة ١٩٦٦ والمحدد بـ ٢٥٫٠٠٠ حالة تحقق قبل نهاية العام بشهرين ونصف شهر تقريباً . . وفى نهاية ١٩٦٦ كان قرابة ٣٠٫٤١٠ حالات (تشمل ١٤٫٠٦٤ حالة محولة) قد قبلت صاحباتها خدمات تنظيم الأسرة مع المجلس .

السنة الثانية — ١٩٦٧

السنة الثانية يمكن أن تعد سنة التوسع . والإنجازات خلال هذا العام تنعكس فى ارتفاع المتقبلين الجدد من معدل شهرى قدره ٢٫٠٠٠ فى الربع الأول أى حوالى ٢٫٧٠٠ فى الربع الأخير من السنة . وزاد الحضور من ١١٫١١٢ فى يناير إلى ٢١٫٢٥٢ فى ديسمبر ١٩٦٧ . والهدف المحدد فى البرنامج القومى

لتنظيم الأسرة لسنة ١٩٦٧ بـ ٠٠٠ر٣٠ حالة قد تحقق قبل نهاية السنة بأسبوعين . وبانتهاء ١٩٦٧ كان العدد الاجمالى للنساء اللائى تقبلن خدمات تنظيم الأسرة مع المجلس قد بلغ ٣٤٥ر٦١ امرأة (بينهن ٤١٠ر٣٠ من سنة ١٩٦٦) — وهى نسبة تعادل ٣٤ فى المائة من الهدف الذى حدده المشروع برمته .

أضواء ساطعة من البرنامج القومى

تطوير الخدمات الجيدة الكافية للمستوصفات

عندما أنشىء « المجلس » فى يناير ١٩٦٦ تركز الاهتمام الأكبر على تهيئة خدمة كافية بالمستوصفات والعيادات الطبية . وكانت المهمة الأولى الاحتفاظ بخدمة متواصلة للنساء اللائى كن يمارسن فعلا تنظيم الأسرة . وفى سبيل ذلك ، عقد المجلس فى يناير ١٩٦٦ دورات علاجية بلغت ٥٨ دورة كل أسبوع فى ٢٤ مركزاً صحياً ، وهى أقل بقليل من الـ ٦٢ دورة فى ٢٦ مركزاً عقدتها « جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة » فى سنة ١٩٦٥ . وبزيادة عدد الحضور ، زاد تبعاً لها عدد الدورات زيادة مطردة حتى بلغت ١٠٣ دورات أسبوعيا فى ٣٣ مركزاً . وبحلول ديسمبر ١٩٦٧ كان هناك ١٤٢ دورة فى ٣٥ مركزاً. وهذا التوسع السريع فى الخدمات أعطى الأولوية لضمان التوافر الدائم لمستوى مرض من خدمات المستوصفات والعيادات الطبية . ذلك أن النساء اللائى يحضرن إلى عيادات ومستوصفات تنظيم الأسرة يتمتعن بصحة طيبة . . فإذا انعدمت الخدمة الجيدة ، ووسائل الراحة المرضية ، والحد الأدنى من وقت الانتظار ، وأسباب التشويق الأخرى ، فقد لا ينتفعن بالخدمة على الإطلاق . والنمو السريع فى عدد دورات العيادات يشير أيضاً إلى أنه كان هناك طلب سابق للخدمة لم يلق أذناً صاغية فى حينه .

ولقد كانت القيم المثالية التى أضفاها المجلس على خدمات العيادات والمستوصفات مدعاة لاجتذاب المزيد من متقبلى تنظيم الأسرة إلى عياداته من كل قطاعات السكان . وعيادات المجلس ليست مقصورة على القطاع الأقل

امتيازاً من السكان كما يحدث غالبا فى مراكز الخدمات العامة . وعميلاتنا الراضيات عن خدماتنا يتطوعن بالدعوة لنا بما ينشرنه من عبارات الثناء عن التسهيلات المتيسرة والأسعار المخفضة لمعدات تنظيم الأسرة . ولتفادى وقوع أى لبس أو تحريف ، فإن معدات منع الحمل التى تباع بعيادات ومستوصفات المجلس هى من نفس النوع والشكل والتغليف كمثيلاتها الميسورة فى القطاع الخاص حيث تباع بما لا يقل عن مثلين أو ثلاثة أمثال سعرها .

برنامج ما بعد الولادة

ذكرنا من قبل أن « مشروع السنوات الخمس » اعترف بالحاجة إلى توجيه الاهتمام إلى النساء حديثات الولادة . إنهن على درجة عالية من الاستجابة لتنظيم الأسرة ومن ثم فقد وضع المشروع فى حسابه أنه منذ سنة ١٩٦٥ فصاعداً سوف يكون هناك تركيز فى التعامل مع أمهاتنا المترقبات الوضع لتنظيم الأسرة . وهذا التباطؤ لعام واحد كان ضرورياً ؛ لأنه فى أبريل سنة ١٩٦٥ وافقت الحكومة على بحث مدروس لحالات ما بعد الولادة يجرى فى مستشفى « كاندانج كيربو للولادة » كمشروع بحث جامعى — حكومى مشترك بالتعاون مع « المجلس السكانى » . وقد بدأت هذه الدراسة فى نوفمبر ١٩٦٥ ، وتم إجراء ٨٫٧٣٨ عملية إيلاج « للولب » للنساء حديثات الولادة (٣٫٠٤٤ إيلاجات مبكرة و ٥٫٦٩٤ إيلاجات متأخرة) على مدى فترة الاثنى عشر شهراً المنتهية فى أكتوبر ١٩٦٦ وقد أحيط هذا المشروع من بدايته بدعاية واسعة، فكان من السهل حث الأمهات فى المرحلة الأولى للمشروع على قبول اللولب ، إذ كانت هذه ، حينذاك ، « طريقة مبتكرة » لمنع الحمل . واعتبر المعدل الكلى للقبول شيئاً مشجعاً فى ضوء التجربة السابقة، وكان المعدل تقريباً ٣٠ فى المائة من النساء اللاتى جرى الاتصال بهن فى الفترة من نوفمبر إلى ديسمبر ١٩٦٥ .

ومع ذلك ، فما إن جاء مارس ١٩٦٦ (أى بعد ثلاثة أشهر من بدء البرنامج القومى وخمسة أشهر من بدء مشروع البحث)— حتى كان عدد كاف

من غير الراضين عن استعمال اللولب قد اجتمعت كلمته . ووردت التقارير بأن النساء يناقشن فى عيادات أحيائهن بمزيد من القلق الآثار الجانبية المعروفة عن اللولب من أعراض التشنجات الطمثية ، والنزيف ، والحمل ، والانتقال من مكان لآخر . وذاعت فى مجتمع سنغافورة الحضرى المحبوك قصص كثيرة لعبت بها شطحات الخيال والمبالغة عن اللولب ؛ وتبع ذلك هبوط ذريع فى معدل المنتفعين به . وعادت النساء بأعداد كبيرة إلى المستشفى لإزالة اللولب كما لجأ بعضهن إلى عيادات تنظيم الأسرة ، وإلى أطبائهن الخصوصيين .

واستمر رد الفعل للولب يتجمع فى الشهور القليلة التالية (من أبريل إلى يونيو ١٩٦٦) . ففى أذهان النساء اصبح هذ الرفض رفضاً لتنظيم الأسرة ذاته ، فى حين أصبح اللولب مرادفا لتنظيم الأسرة ومرتبطاً به فى أذهانهن .

وكان رد الفعل هذا موضوع قلق بالغ من جانب « مجلس تنظيم الأسرة والسكان » . فبحلول منتصف يوليو ١٩٦٦ أخذ الموقف كله يشكل تهديداً للبرنامج القومى برمته ، وليس فقط لنجاح مشروع البحوث على اللولب بالمستشفى . وفى خلال فترة الأشهر الأربعة من مارس إلى يوليو ١٩٦٦ شمل الركود قوائم البرنامج القومى للمتقبلات الجدد ، بل وحتى اللائى يترددن شهرياً للفحص والمشورة . . والحق أن عدد المتقبلات للولب هبط هبوطا سريعاً . وبعد عرض دقيق للموقف ، تقرر وقف مشروع البحوث على اللولب بعدم ضم متقبلات جدد إليه . واستقر الرأى على القيام باجراءات جديدة للتفاهم مع النساء حديثات الولادة . وذلك بعد إعادة تدريب العاملين على الأسلوب الجديد لحثهن على الانتفاع ببرنامج تنظيم الأسرة بوجه عام ، أى دون تخصيص وسيلة معينة من وسائل منع الحمل .

الانتقال إلى الحبوب

وفى هذه المرحلة أعيد النظر فى نقطة التركيز بالبرنامج القومى ، وقدمت الحبوب على غيرها باعتبارها الوسيلة الاساسية لتنظيم الأسرة . وأعيد

وأعيد تدريب جميع العاملين المشتغلين بأعمال ما بعد الولادة لإعدادهم لأعباء التوعية الجديدة التى تستهدف من النساء الاستجابة للبرنامج . وكانت أعمال التوعية والحث قد امتدت حينذاك إلى جميع النساء حديثات الولادة بمؤسسات الحكومة... وبعد مضى أشهر قليلة، امتدت إلى جميع حالات ما بعد الإجهاض.. ثم امتدت تدريجيا لتشمل نزيلات مستشفيات الولادة الأخريات والأمهات المترددات على مراكز الرعاية الصحية للأمومة والطفولة . وفى بداية الأمر ، كانت الحساسية المتخلفة لدى النساء من اللولب حائلا دون استجابتهن ، مما جعل عدد المتقبلات غير مقتنع بنجاح الدعوة الجديدة . على أن مثابرة العاملين ممن أعيد تدريبهم على أعمال التوعية ببرنامج تنظيم الأسرة بوجه عام ، اكتسبت ثقة النساء بهذه الوسيلة الجديدة ، وسجلت الأرقام زيادة تدريجية متواصلة فى معدل القبول . ويبعث على التفاؤل ما سجلته التقارير من أن أكثر من ٩٠ فى المائة من النساء اللاتى وضعن فى مستشفى « كاندانج كيبو للولادة » قد قبلن مواعيد للإفادة بخدمات منع الحمل عندما عرضت عليهن بالمستشفى . . ومن هذا العدد عاد فعلا بين ٥٠ و ٥٥ فى المائة منهن لخدمات منع الحمل ، وهو رقم مرتفع جدا بالنسبة للعائدات من حديثات الولادة . وفى النصف الثانى عام ١٩٦٧ حقق برنامج سنغافورة معدلا شهريا قدره ٢٫٧٠٠ من المتقبلات الجدد . . من هؤلاء بين ١٦٠٠ و ١٦٥٠ كانت حالات ما بعد الولادة . والجانب الأكبر من هذا العمل تم إنجازه فى مستشفى واحد، وكان الجهد المركز الذى بذله العاملون لبلوغ هذه النتيجة شيئا جديرا بالتسجيل والثناء .

ولقد وضح فى سنغافورة أن الحساسية ورد الفعل لدى النساء إزاء اللولب كانا هما العامل الأكبر فى دفع عجلة التحول عنه إلى وسيلة الحبوب ، وذلك بالرغم من الأمان الفنى « التكنيكى » والكفاية المتوافرة فى طريقة اللولب . والشعور السائد هو أن نجاح الحبوب كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة يرجع فى جانب منه إلى ارتفاع معدل المتعلمين وإلى طبيعة المجتمع المحبوكة الأطراف ،

بالإضافة إلى وسائل اتصالات وإعلام جيدة وشبكة متسعة النطاق من العيادات والمستوصفات .

برنامج ضخم للتوعية :

تم إنجاز برنامج ضخم للتوعية فى عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ ، وكان ذلك جانبا من البرنامج القومى لتنظيم الأسرة بسنغافورة . وأولى مراحل معالجة هذا الجانب الهام كانت توطيد دعائم الأركان الأساسية لقيام خدمة جيدة — وهو الهدف الأساسى خلال الأشهر الستة الأولى من عام ١٩٦٦ . وفى منتصف ذلك العام شكلت لجنة دعوة وتوعية صحية لتطوير برنامج التوعية المنشود .

وقد شمل هذا العمل كل جوانب التوعية والدعوة لتنظيم الأسرة ، كما يلى :

١ — التليفزيون : نشرات إعلانية (بين البرامج) يومية ، وأحاديث ، وفقرات إخبارية .

٢ — الراديو : نشرات إعلانية يومية ، وأحاديث ، وفقرات إخبارية .

٣ — الدعوة الصحفية : فقرات إخبارية ، تحقيقات ، بيانات مسبقة لأحداث البرنامج .

٤ — معرض مركزى لمدة عشرة أيام تتلوه معارض فرعية لمدة أربعة أيام فى كل المراكز الحضرية والإقليمية على مدى عام ١٩٦٧ ، وشمل هذا عرضا لأفلام سينمائية شهدها ١٥٠ ألف شخص .

٥ — دليل الزواج : أحاديث وعروض أسبوعية بلغات مختلفة بالمعهد الصحى وترسل خطابات إلى كل الأزواج والزوجات الذين يعلنون عقد قرانهم ، تدعو لحضور هذه الأحاديث عن تنظيم الأسرة .

٦ — إعداد وإصدار مواد الدعوة على اختلاف أشكالها (اللوحات المصورة ، والمنشورات) . ذات الطابع الخاص أو العام ، التى يتيسر الحصول عليها بلا مقابل ، وصدرت كل المنشورات باللغات الأربع الرسمية .

٧ — متنوعات ، أختام بريدية ، سلاسل مفاتيح ، ملصقات ، سيارات ، لوحات إعلانية ، إلخ . .

وبحلول شهر سبتمبر سنة ١٩٦٦ كان برنامج التوعية قد دخل مرحلة التنفيذ، ومنذ ذلك الوقت ظل محتفظا بشدة تركيزه . وفى البداية ، اقتصر الأمر على استخدام وسائل الإعلام الجماعى، وبخاصة الراديو، والتليفزيون، ونقل المعلومات من شخص لآخر . وبعد المعرض الكبير فى يناير ١٩٦٧ ، وزعت اللوحات المصورة والمنشورات على نطاق واسع وبلا مقابل . وبحلول مايو ١٩٦٧ كان قد بدىء فى تنفيذ برنامج للمعارض ولعروض سينمائية فى دوائر المجتمع المحلية . ونجح هذا البرنامج المحلى نجاحاً باهراً .

واستقر الرأى من البداية على اتخاذ موقف متحرر ، فكانت المعارض صريحة متحررة وشملت التشريح ، والفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء) ، ووسائل منع الحمل كى يرى الجميع كل الحقائق ، دون أن تفرض أية قيود على السن أو الجنس، حتى إن أطفال المدارس فى الصفوف العليا حضروا هذه المعارض فى حرية تامة .

وكان الحث وجها لوجه ممكنا بالمتابعة الفردية لنزلاء المستشفى وعملاء العيادة فى العام الثانى (١٩٦٧) .. وكان الأثر المتجلى فى الخفض من ٦ إلى ٧ فى المائة فى معدل المواليد ، كنتيجة للعام الأول من البرنامج ، عاملا مخففا للضغط الواقع على الحكيمات والممرضات من جراء أعمال الولادة ورعاية الأطفال الروتينية . وقد أدت المتابعة الشخصية التى جاءت بعد الدعوة من طريق وسائط الإعلام الجماعى ، إلى زيادة المتقبلات لتنظيم الأسرة بعد مارس ١٩٦٧ .

وكان من شأن برنامج توعية متصل الحلقات يستخدم كل هذه الوسائل أن يؤدى إلى ارتفاع متواصل للمتقبلات الجدد لتنظيم الأسرة . وجاءت وسائل التوعية والدعوة التى استخدمت فى العامين السابقين بتغيير فعلى فى الموقف الاجتماعى . ذلك أن استخدام وسائط الإعلام الجماعى ، إلى جانب التوعية الممتدة إلى كل أطراف المجتمع ، قد أدت إلى التقبل الصريح لتنظيم الأسرة فى سنغافورة ، وجعلت منه موضوعا تكثر المناقشة فيه .

نتائج البرنامج

إن الاختبار الحاسم لفاعلية برنامج جماعى لتنظيم الأسرة هو الدرجة التى يمكن بها السيطرة على النمو الطبيعى للسكان وخفضه . ومهما يكن من شىء، فهذا هو تبرير وجود مثل هذا البرنامج أما المنافع الصحية والاجتماعية ، فمع أهميتها للأطباء ، يجب اعتبارها ثانوية فى هذا المجال . على أنها ، مع ذلك ، منافع أكيدة تجىء بالتبعية .

إن عوامل كثيرة — مثل نسبة التعليم ،وسن الزواج، والمواقف الاجتماعية ، والحالة الاقتصادية — تؤثر فى نسبة المواليد والنمو السكانى . ومع ذلك ، فإن أى هبوط فى معدل المواليد كنتيجة لهذه العوامل بدون تدخل برنامج عمل فعال هو عملية مطولة .

وفى سنغافورة ، أظهر البرنامج القوى فعلا انطباعه الملموس بانخفاض يزيد على ٤٫٠٠٠ مولود فى ١٩٦٧ ، أقل من العام السابق بأكثر من ٨ فى المائة وخفض كبير مثل هذا لم يسبق حدوثه بالرغم من أن عدد المواليد ومعدل المواليد كانا يهبطان بوجه عام منذ سنة ١٩٥٧ كان الانخفاض عادة يتراوح بين ٥٠٠ و ١٫٠٠٠ مولود كل سنة . والنقص الذى تحقق فى سنة ١٩٦٧ فى معدل المواليد ، وقدره ٣ فى الألف ، هو فى الواقع حدث ذو دلالة . ففى عام ١٩[illegible] كان عدد المواليد ٥٥٫٧٢٥ ، وفى عام ١٩٦٦ كان ٥٤٫٦٨٠ ، وفى عام ١٩٦٧ (تقديرى) ٥٠٫٤٠٠ . وكانت معدلات المواليد المقابلة لتلك الأعوام هى : ٢٩٫[illegible] ، ٢٨٫٦ ، ٢٥٫٨ لكل ألف على التوالى .

إن هناك [illegible] أخرى تبعث على التفاؤل . فغالباً ما يقال إن قبول تنظيم الأسرة يؤدى إلى [illegible] حالات الإجهاض ، وبخاصة ما يقع منها تحت طائلة القانون . وقد كان عدد [illegible]الات الإجهاض بمستشفى « كاندانج كيربو للولادة » فى عام ١٩٦٦ هو ٤٫١٠٨ [illegible]الات . وفى عام ١٩٦٧ كان هناك ٣٫٣٢٧ ، بخفض ٧٨١ حالة أو ١٩ فى الم[illegible] [illegible]تنظيم الأسرة ، هناك أيضا ميل ملموس

إلى تحسين لرعاية الناشئين ، التي بلغت فعلا المستوى المرضى المنشود ، بفضل الخدمات الصحية المتوافرة للأمهات والأطفال . وقد نقصت الوفيات بين الناشئين من ٢٦٫٣ لكل ألف من المواليد الأحياء في عام ١٩٦٥ إلى ٢٥٫٨ لكل ألف في عام ١٩٦٦ وإلى ٢٤٫٩ (تقديرى) لكل ألف في عام ١٩٦٧ .

المستقبل

وفي نهاية عامين ، فإن البرنامج القومى بسنغافورة قد فاق هدفه العددى للمتقبلات الجدد بـ ١١ ٪ ، وذلك بإدراج ٦١٫٠٠٠ من متقبلات تنظيم الأسرة بدلا من الـ ٥٥٫٠٠٠ المحسوبين أصلا في الخطة التقديرية . وقد نقص معدل المواليد من ٣٠ لكل ألف في عام ١٩٦٥ إلى ٢٨٫٦ لكل ألف في عام ١٩٦٦ و ٢٥ لكل ألف (تقديرى) في ١٩٦٧ ، ومعدل النقص في سنة ١٩٦٧ هو تقريبا ٣٫٥ لكل ألف بمقارنته بالعام السابق .

على أن تحدياً خطيراً يبدو للعيان . . أوله أن سنغافورة تواجه مرحلة انتقالية « ديموجرافية » (أى متصلة بالإحصاءات السكانية عن المواليد والوفيات والزواج إلخ .) ناشئة عن الحرب العالمية الثانية . فالدرجة العالية من الوفيات بين الناشئين والبالغين خلال أعوام الحرب (١٩٤٢ إلى ١٩٤٥) ، إلى جانب الدرجة العالية من المواليد في الأعوام التالية للحرب مباشرة (من ١٩٤٥ فصاعداً) — كل ذلك يقيم مشكلة جديدة تعترض سبيل الجهود التي تبذل من أجل السيطرة على السكان والخفض العاجل لنسبة المواليد .

واستنادا إلى تعداد ١٩٥٧ عن الحقائق البيانية للسكان ، فإن عدد الناشئين المشرفين على العشرينيات بسنغافورة زاد من ٢٢٫٠٠٠ في سنة ١٩٦٥ إلى ٢٧٫٠٠٠ في ١٩٦٦ ، و ٣٩٫٠٠٠ في ١٩٦٧ . والمتوقع لهذه الزيادة أن تستمر وتبلغ مستوى يقرب من ٤٠٫٠٠٠ إلى ٤٥٫٠٠٠ حتى عام ١٩٧٢ . وهذه الزيادة في شباب السكان الذين بلغوا سن الزواج وأقصى الخصب سوف

تعنى زيادة فى عدد المواليد ومعدل المواليد إن خفض نسبة المواليد وهبوط عدد المواليد مهمتان متعذرتا التحقيق بدون هذا العامل الإضافى بزيادة أعداد الشباب البالغ سن الزواج . وقد أظهرت إحصاءات المواليد الأحياء التى أجريت فى الأعوام العشرة الاخيرة على مستوى أعمار الامهات ، أن أكبر عدد من الأطفال ولد لأمهات من مجموعة ما بين العشرين والتاسعة والعشرين من العمر — أكثر من ٥٥ فى المائة .

وينبغى لبرنامج توعية فى صورة أسرة صغيرة سعيدة أطفالها تفصل بين أعمارهم فترات معقولة ، أن يجد طريقه إلى هؤلاء الشباب من السكان ، من خلال تنظيم الأسرة. إن تنظيم الأسرة بسنغافورة يجب أن يوجه من الأهمية لموضوع إفساح فترات من الاعمار نفس ما يوجهه لموضوع تحديد الاسرة . إن هذا يجب أن يصبح منهجاً للحياة . وفى سبيل تحقيق هذا ، فقد أعيد فحص برنامج التوعية وأجرى فيه من التعديلات ما جعله أكثر إيجابية فى أسلوبه . والهدف من هذا الأسلوب الجديد فى عام ١٩٦٨ هو اجتذاب الرأى العام بالتركيز على « المميزات » العلمية والسيكولوجية لتنظيم الأسرة بدلا من « المضار » التى تعقب عدم سلوك هذا المسلك . إن شعاراً مباشراً مثل « احفظى أسرتك صغيرة » ، لهو أقرب إلى روح برنامج التوعية الجديد من الشعار السابق . « أنجبى أطفالا عندما تريدينهم » . والبرنامج يستهدف أيضاً معالجة المخاوف المحتملة لتنظيم الأسرة ، مثل أنه ربما يفسد صحتهم وقدرتهم على إنجاب الأطفال . إنه يسعى إلى إزالة هذه المخاوف . وفى سبيل هذا الغرض، يبذل البرنامج قصارى جهده كى تحصل النساء وأزواجهن على ضمانات من الحكومة وأرباب المهنة الطبية بأن تنظيم الأسرة إجراء هام ، ومأمون ، وصحى ، وسليم .

وكى ينفذ البرنامج هذا الأسلوب الجديد فى التقرب من جمهوره خلال عام ١٩٩٨ ، استخدم البرنامج طريقة التنشيط المهنية التى تستخدم بنجاح فى

الإعلان . والفكرة الأساسية فى الحملة الجديدة لعام ١٩٦٨ قد انتقلت من المجال الإعلامى (كما كانت الحال فى العامين الماضيين) إلى نشر قيمة ومنافع نموذج الأسرة الصغيرة كمبدأ مثالى للحياة السعيدة .

ووضع فى الاعتبار أيضا خلال عام ١٩٦٨ أن توجه العناية إلى تطوير البرامج الموجهة إلى الحشود الكبيرة من السكان العاملين ، رجالا ونساء ، عن طريق المتاجر ، والمكاتب ، والمؤسسات الصناعية الأخرى . والعاملين فى قطاعات الصناعة الذين يشكلون ٨ر٤ فى المائة من جملة السكان الفعليين اقتصادياً ، فإن هذه البرامج تستهدف تهيئة الطقس الملائم لإطلاع هذه الجماهير على ما يحثهم على الانتفاع بميزات تنظيم الأسرة ، وعلى جعل معدات وعقارات منع الحمل فى أيديهم بنفس الاسعار المخفضة المعانة . وقد اتسعت رقعة تنظيم رائد بدأ تنفيذه فى النصف الأخير من عام ١٩٦٧ لتحقيق هذا الغرض ، وبهذه الطريقة وحدها كان من الممكن بلوغ هدف الـ ٠٠٠ر٣٥ الذى حدد له عام ١٩٦٨ .

نتائج ختامية :

إن برنامج السنوات الخمس لتنظيم الأسرة بسنغافورة ، بهدفه المحدد فى الظفر بـ ٠٠٠ر١٨٠ من المتقبلات على مدى خمسة أعوام ، قد يبدو غير ذى بال إذا قورن بالجهود الضخمة التى تبذل فى غير هذه البلاد . على أنه لا يزال مشروعا طموحا بالنسبة لحجم ونطاق سنغافورة ، لأنه يسعى إلى بلوغ كل امرأة متزوجة صالحة من مجموعة سن الخصوبة فى البلاد . وفى عام ١٩٦٤ عندما صممت الخطة ، كانت سنغافورة تنفق أكثر من ٤٠ فى المائة من ميزانيتها السنوية على الخدمات الاجتماعية ، التى تشمل التعليم والصحة . وهى تستمتع فعلا بمستوى للمعيشة يعتبر من أعلى المستويات فى آسيا ، ومعدلها المنخفض للوفيات وتحررها من الأمراض الوبائية الاستوائية الخطرة يجعلها فى مصاف دول متقدمة كثيرة . وثمة مخاوف متأصلة بأنه سيكون من المتعذر الاحتفاظ بهذا المستوى المرتفع للمعيشة فى مستقبل الأعوام إذا استمر معدل النمو السكانى

بلا رابط ولا ضابط . ومن هنا بدأت حملة ضخمة لتنظيم الأسرة كى تثمر هبوطا إرادياً فى معدل المواليد . ومن شأن الهدف المنشود بخفض معدل المواليد إلى ما دون العشرين فى السبعينيات أن يحقق زيادة سكانية سنوية صافية يقرب من ١,٥ فى المائة ، وهو معدل يطابق النمو الاقتصادى السليم والتطور الاجتماعى الملائم .

وفى الأعوام التى مضت منذ أن بدأ البرنامج ، هبط معدل المواليد إلى حوالى ٢٥ لكل ألف ، والمعدل السنوى للزيادة السكانية أقل بقليل من ٢ فى المائة . فإذا أمكن الاحتفاظ بإيقاع البرنامج ونتائجه طوال الأعوام الثلاثة التالية ، فإن سنغافورة سوف تحقق الهدفين التوأمين للخطة : أن تحفظ وتحسن الموقف الاجتماعى الاقتصادى ، وفى الوقت نفســـه تحرر المرأة السنغافورية من عبء حمل وتربية عدد كبير من الأطفال لا ضرورة لهم . وفى كلا الهدفين مزيد من السعادة الإنسانية لجميع من تظلهم سماء سنغافورة .

٧

الهند : مهمة ضخمة

ديباك بهاتيا

إن الحديث فى المشكلة السكانية لدولة نامية مثل الهند يعنى الحديث فى مشكلة عويصة هى أخطر قضايا عصرنا هذا ، ذلك أنها تحجب كل اعتبارات التنمية القومية بصورتها المخيفة لتيار جارف من الناس يتزايدون بسرعة مفزعة تقضى قضاء مبرماً على كل مكاسب العقدين الأخيرين من الزمن .

لقد سجلت الهند تقدما رائعا فى ميادين التنمية الاقتصادية المخططة . فالمواد الغذائية زاد إنتاجها بنسبة ٧٠ فى المائة منذ الاستقلال فى سنة ١٩٤٧ . والإنتاج الصناعى تقدم بنسبة ١٥٠ فى المائة . ومع ذلك لا يزال الفرد الهندى فى المعدل يشعر بالقليل ، أو بلاشىء ، من منافع هذه التنمية . والسبب الرئيسى يرجع إلى أن السكان يتزايدون بمعدل زيادة يبلغ حتى اليوم مليون شخص يضافون سنويا إلى السكان . وبالرغم من انقضاء خمسة عشر عاما على تنفيذ مخططات التنمية الاقتصادية ، فإن الهند لا تزال تواجه أوجه نقص وعجز محزنة ، ومواطن ضعف اقتصادية واجتماعية خطيرة . فقرابة ٦٪ مليون طفل فى سن الدراسة لا مكان لهم فى المدارس ، وحوالى ١٠ ملايين من الناس الذين يمكن أن يشاركوا بعملهم فى التعجيل ببناء الصرح الاقتصادى ليس لهم عمل ، كما نقص نصيب الفرد من استهلاك المواد الغذائية . وبالرغم من وضع برامج طموحة للإسكان ، فلا تزال الهند تعانى نقصا يقرب من ٥٧٠٫٠٠٠ مسكن .

وحين نقول : يجب إخضاع النمو السكانى لقيود مشددة ، فنحن بذلك إنما نقرر حقيقة جلية واضحة ، فهذا النمو يجب أن ينتظم بشروط صارمة محكمة تتفق مع نمو الموارد المادية والموارد الزراعية والصناعية فى الدرجة الأولى .

وأول عقبة جديرة بالذكر تفقد الهند بها ميزة أساسية ، هى أنها تملك فقط ٢ر٤ فى المائة من أراضى العالم ، فى حين أنها تعول فعلا أكثر من ١٤ فى المائة من سكان العالم . وموارد البلاد الموجودة أضأل بكثير من أن تكفى احتياجات سكانها البالغ عددهم ٥١٠ مليون نسمة ، يرتفع معدل زيادتهم ارتفاعا مطردا . إن السكان الذين تتسع رقعتهم يثقلون كاهل بلد لا تتسع رقعته ويزيدون من استنفاد خيراته المستهلكة .

ومن بين العوامل الكثيرة التى تحدث أثرها الفعال «الديناميكى» فى التضخم السكانى ، يشغل مكان الصدارة فى الهند ذلك الهبوط الحاد فى معدل الوفيات دون أن يقابله هبوط مناسب فى معدل المواليد . فمثلا ، انخفض معدل الوفيات من ٦ر٤٨ لكل ألف فى سنة ١٩٢١ إلى ٢٧ فى سنة ١٩٥١ ، ثم قدر بأنه أقل من ١٦ فى سنة ١٩٦٥ . ومع ذلك ، انخفض معدل المواليد فقط من ٢ر٤٥ لكل ألف فى سنة ١٩٢١ إلى ٤١ فى سنة ١٩٦٦ . وبالرغم من أن تسجيل المواليد والوفيات لا يتم على الوجه الأكمل من الدقة ، فإن الإحصاءات الحيوية تزداد دقة على مر السنين ، وهى فى الوقت الراهن أقرب ما يكون إلى الوثوق بصحتها ، طبقا لما أثبتته اختبارات حديثة أجريت على « عينات » منها. وقد ارتفع معدل العمر بين أهالى الهند من ٣٢ سنة فى ١٩٥٠ إلى ٥٠ فى ١٩٦٦ . وكان من شأن الارتفاع فى معدل المواليد ، بجانب الانخفاض فى معدل الوفيات ، أن زادت النسبة المئوية لغير البالغين سن النضج (الذين يعتمدون فى تدبير أسباب الحياة على أولياء أمورهم) . وقدر أنه فى سنة ١٩٦٦ كانت نسبة الذين تتراوح أعمارهم من صفر إلى ١٥ سنة تزيد على ٤١ فى المائة .

ماذا تعني إضافة أكثر من مليون شخص كل شهر إلى سكان الهند في بلاد تكافح في سبيل الاكتفاء الذاتي والحصول على مجرد الحد الأدنى من ضرورات الحياة لأهلها ؟ والجواب على ذلك في الرقم الإجمالي للمنتجات الإضافية والتيسيرات المطلوبة لتغطية عام واحد فقط ، يفوق كل تصور . إنه يعني أنه مطلوب ١٫٢٥ مليون طن زيادة في الحبوب الغذائية لهؤلاء الـ ١٣ مليون شخص — وأكثر من ١٩٠ مليون متر من القماش ، وأكثر من ١٠٠٫٠٠٠ مدرسة ، ومزيد من المعلمين ، ومزيد من المساكن ، وملايين زيادة في فرص العمل الشاغرة .

وليس أمام المعدل الحالي والمحتمل للنمو الاقتصادي سوى فرصة ضئيلة لمواجهة هذه الأعباء الجديدة . إن مجرد حجم هذه البلاد ، بقراها البالغ عددها ٥٦٠٫٠٠٠ قرية ، ومدنها ، وبلدانها البالغة ٣٠٠٠ مدينة وبلدة ، هي أيضا في حد ذاتها جزء من المشكلة . وفي الهند تجاوز غير مألوف بين القديم والحديث . فبينما هي قد دخلت ميادين متقدمة من التكنولوجيا ،فإن الهند تعيش الجانب الأكبر من حياتها في قرن سابق على قرننا الحالي. ومن ثم فإن الذين توكل إليهم مسئولية تطبيق برامج شاملة للتطوير يواجهون بمعوقات ضخمة هائلة تشمل الأمية المتفشية ، ووسائل المواصلات غير الكافية ، وتنوع الثقافات واللغات ، وافتقار مثبط للهمم بواسطة الاتصال الجماعي بالمناطق الريفية حيث يعيش ٨٠ في المائة من السكان .

وهناك عقبات رهيبة في برنامج للسيطرة على السكان يعتمد على إسهام مئات الملايين من الناس — وهي مع ذلك مهمة مثيرة محببة للنفس . إنها تهيء الإحساس بالرضا الحقيقي لكل من يشارك بجهده في إنجاز هذه المهمة الجبارة التي تستند في إدارتها إلى دراسة السلوك الإنساني . والآن وقد مضت ثلاثة أعوام تقريبا على تطبيق برنامج تحديد سكان الهند بصورة جدية ، فمن المناسب أن نقف قليلا ، ، ونتدبر ما تم إنجازه ، وكيف تم ، ثم نلقي نظرة فاحصة على المستقبل على ضوء ما تقتضيه الضرورة من عمل لم يتم بعد .

إدراك أهمية تنظيم الأسرة :

فى خلال الفترة من ١٩٤٨ إلى ١٩٥٠ ، كانت الهند واحدة من الدول الأولى التى ترعى رسميا برنامجا لتنظيم الأسرة . وقد بين مشروع السنوات الخمس الأولى ما يلى :

إن الزيادة السريعة فى السكان والضغط الناتج على المواردالمحدودة الميسورة قد دفعا إلى المقدمة بالأهمية الملحة العاجلة لمشكلات تنظيم الأسرة. وكل تقدم فى هذا الميدان يتوقف ، أولا ، على خلق حافز على درجة كافية من القوة كى يستقر تنظيم الأسرة فى أذهان الناس ، وثانياً ، على تقديم المشورة والخدمة اللازمتين على أساس وسائل مقبولة ، وفعالة ، وغير ضارة واقتصادية .

وقد نص مشروع السنوات الخمس الأولى على شروط لتقديم المشورة بشأن تنظيم الأسرة فى مستشفيات الحكومة ومراكز الرعاية الطبية الإقليمية ، ولإجراء تجارب ميدانية على الوسائل المختلفة ، وجمع المعلومات القائمة على الخبرة المدعمة علميا فى الهند ، وفى غيرها ، إزاء الجوانب الطبية والفنية والحوافز الجماهيرية من تنظيم الأسرة . وأنفق على البرنامج خلال المشروع الأول اعتماد ضئيل بلغ ٥ر١ مليون روبية (يعادل حينذاك ما يقرب من ٣٠٠ر٠٠٠ دولار بعملة الولايات المتحدة) .

وركزت مشروعات السنوات الخمس التالية تأكيداً متزايداً على هذا البرنامج . وفى خلال « الخطة المركزة Intensive Plan » كان هناك توسع لكل أوجه النشاط التى بدأت خلال الخطة الأولى للسنوات الخمس فقد زيدت مستوصفات الخدمة من ١٤٧ إلى ١٦٥ر٤ . واتسع نطاق البحوث العلمية من الطب الحيوى « إلى الديموجرافيا » (الدراسات السكانية المتصلة بإحصاءات المواليد والوفيات والزواج إلخ) ، وإلى المواقف والاستجابات الشعبية ، ووسائط الإعلام والتوعية والاتصالات بالجماهير . وتم إعداد التسهيلات

لإجراء عمليات التعقيم الإرادى ، وبحلول عام ١٩٦١ كانت قدأجريت ٢٥٦٠٠٠ر عملية من هذا القبيل . واتسع نطاق توزيع موانع الحمل التقليدية . وأنفق مبلغ ٢٢ مليون روبية (قرابة ٤ر٧ ملايين دولار) خلال فترة هذه الخطة .

وفى مشروع السنوات الخمس الثالث ، لقى البرنامج اعترافاً واضحاً مؤكداً . وسجل المشروع هذا النص :

إن الغاية التى تدفع إلى استقرار النمو السكانى على مدى فترة معقولة يجب ، تبعاً لذلك ،أن تكون فى مركز القلب من مشروعات التطوير المعتزم تنفيذها وفقاً للخطة . وكان لبرنامج تنظيم الأسرة المتضمن للتوعية المركزة، وتقديم التسهيلات والمشورة على أوسع نطاق ممكن ، وبذل الجهود الشاملة على مختلف المستويات الجماهيرية بين كل الجماعات الريفية والحضرية — كان له أعظم الأثر .

وجددت الخطة الاستيراتيجية للبرنامج ، فنقل التركيز من عمليات المستوصف إلى مجالات أشد اتساعاً . وأقر استخدام طريقة اللولب فى يوليو ١٩٦٥ ولقيت استجابة فورية .

وأنفق مبلغ ٢٤٨ مليون روبية خلال « الخطة الخمسية الثالثة » . وبإقرار « مشروع السنوات الخمس الرابع » فى أول إبريل ١٩٦٦ ، أضفت حكومة الهند الأسبقية الأولى على البرنامج الذى يدار منذ ذلك الوقت على مستوى أقصى درجات الاستعداد الحربى . وقد زادت الاعتمادات المخصصة للبرنامج عدة أضعاف حتى بلغت ٢٩٠ر٢ مليون روبية .

الغاية الرئيسية الراهنة :

وفى عبارات محددة المعالم فإن الغرض الرئيسى من البرنامج الهندى لتنظيم الأسرة هو العمل على خفض معدل المواليد من ٤١ إلى ٢٥ لكل ألف من السكان . وفى مجالات تطبيق وسائل منع الحمل فإن الهدف هو تدبير التسهيلات الخاصة بتنظيم الأسرة لـ ٩٠ مليون زوج وزوجة (يشكلون ٩٠ فى المائة من

السكان المتزوجين) . والأمل معقود على أنه بتحقيق هذه الغاية فإن البرنامج لن يقتصر فقط على مساعدة الناس على تشكيل أسر صغيرة مستقرة اقتصاديا ، بل إنه سيضمن أيضا أن تصل البلاد إلى مرحلة الانطلاق فى آفاق التطور الاقتصادى الحقيق .

مضامين الغاية

إن عملية تنظيم الأسرة فى البلاد تقوم على أساس الوعى الكامل بحقيقة أن الغاية المثلى من خفض معدل المواليد تنطوى على مضامين ذات أغوار عميقة . إنها لا تعنى تحقيق غاية إحصائية فحسب ، ولكنها تعنى أيضا السلوك الإنسانى وتعديل المواقف والقيم والمعتقدات بين الناس ، حتى لا تصبح الأسرة الصغيرة وحدة اجتماعية قياسية فقط ، بل تصبح هدفاً شخصيا عزيز المنال فى الوقت نفسه .

افتراضات أساسية :

مع الإبقاء على كل العوامل المنظورة ، فإن الافتراضات الأساسية المطلوب تطبيقها فى برنامج الهند لتنظيم الأسرة هى كما يلى :

١ — يجب أن تكون هناك حاجة محسوسة للخدمات حتى يتيسر لها أن تكون مقبولة من جانب الناس .

٢ — الآباء والأمهات وحدهم هم الذين يجب أن يقرروا عدد الأطفال الذين يرغبونهم ، واضعين فى الاعتبار مسئولية كل واحد منهما إزاء الآخر ، وإزاء الجماعة التى ينتميان إليها ، وفى الوقت نفسه التزاماتهما إزاء أطفالهما .

٣ — يجب أن تتيسر الخدمات للناس دون أن يتكلفوا مشقة الانتقال بعيداً عن عتبات بيوتهم .

٤ — يجب أن يجرى الاتصال بالناس من طريق وسائط الإعلام التى يحترمونها ومن خلال قادتهم المعترف بهم والموثوق بهم دون الإساءة بأى

حال إلى حساسياتهم الدينية ، ومثلهم الأخلاقية والمعنوية ، وضمائرهم ومسئولياتهم العائلية .

مبادىء توجيهية :

ما دام تنفيذ البرنامج يستهدف تغيير السلوك الفردى ، فإن التنظيم يجب أن يسترشد بمبادىء أساسية حتى يمكن للغاية أن تتحقق بأقل قدر من الصدام بين الفرد والمجتمع وهذه المبادىء الاسترشادية تتضمن ما يلى :

١ — الأفراد سوف يتقبلون عن طيب خاطر التغيير فى السلوك ، بشرط أن يكون مثل هذا التغيير فى صالحهم وتقتضيه حاجاتهم .

٢ — التغيير يجب أن يكون مرغوباً فيه اجتماعياً ومقبولا ومشاراً به من جانب صفوة القوم .

٣ — التغيير يمكن أن يتسم بأقل ضرر ممكن عندما توجه الدعوة إلى الفرد ، أو من ينوب عنه ، بالاشتراك فى تنظيم البرنامج وتنفيذه .

تكييف التنظيم وفقا للمهمة :

إن تنظيم مثل هذا البرنامج يجب أن يكون مرناً ومكيفا وفقا للمهمة . وقبل أكتوبر ١٩٦٢ كان التنظيم معداً ليتفق مع متطلبات المستوصف أو العيادة الطبية . ومنذ ذلك الحين ، اقتضى الأمر تهيئة كفايات خاصة لتتخذ قرارات سريعة وتنسق الجهود بين السلطات الاتحادية «الفيدرالية» والمحلية (الولايات) التى زيدت بالجهود الشعبية غير الرسمية . ومن ثم برزت إلى الوجود خلال الأعوام القليلة الماضية طبقة من المسئولين محكمة الترابط واسعة الإدراك . وتم تغيير فى الجهاز كى يتلاءم مع متطلبات هذه المواجهة المتسعة الأطراف . فمثلا ، استعمال التعقيم ، أولا ، واللولب ، فيما بعد ، اقتضى تغييرات تتلاءم مع أهداف البرنامج . وبإضافة هاتين الوسيلتين ، اتخذت القوة الدافعة فى برنامج تنظيم الأسرة بعداً جديداً. يضاف إلى ذلك، أن تحقيق أهداف البرنامج الملحة اقتضى أن تتيسر الخدمات للناس دون أن يتكلفوا مشقة الانتقال بعيداً عن عتبات بيوتهم بقدر المستطاع . ولهذا الغرض ،

كان من الضرورى إمداد الوحدات الثابتة بخدمة متنقلة ووحدات تدريبية .

وهـذا البرنامج المعـد لرعاية صـالح الجماهير يتطلب تعاونهم الفعـال ومشاركتهم فى الجهود المبذولة . وبنـاء على ذلك ، فإن المهام الإدارية على اختلاف مستوياتها قد صممت لخدمة هذا الغرض . وقد تقرر ألا تدخر السلطات المسئولة وسعا ، سواء فى الرجال ، أو فى المعدات أو فى الأموال ، لتحقيق الهدف المنشود فى أسرع وقت مستطاع ، ألا وهو خفض معدل المواليد إلى ٢٥ لكل ألف سنويا . وبالتشاور مع « لجنة التخطيط » و « وزارة المالية » ، صممت سلطات الولايات معونة السلطات المركزية بمعدل يتراوح بين ٩٦ و ٩٧ فى المائة من إجمالى الإنفاق الذى يتطلبه برنامج تنظيم الأسرة . والاعتماد المالى المقدر لمرحلة مشروع السنوات الخمس الرابع وقدره ٢٩٠ر٢ مليون روبية سوف يزداد إذا دعت الضرورة .

وتجتمع لجنة وزارية برئاسة رئيسة الوزراء من وقت لآخر لتوجيه البرنامج وجهته السليمة ، وإجازة سياسته رسميا ، وإجراء عرض دورى لما أحرزه من تقدم . وتوجد لجان مماثلة يرأسها رؤساء وزراء الولايات ، فى معظم ولايات الهند . ويقوم مجلس مركزى لتنظيم الأسرة ، يتألف من جميع وزراء صحة الولايات ويمثل المنظمات الأخرى المتصلة بأعمال تنظيم الأسرة ، ويرأسه وزير صحة الاتحاد ، باستعراض تنفيذ البرنامج كل ستة أشهر ، كما يضع السياسات العريضة للسلطات المركزية وللولايات فى الوقت نفسه . وتوجد فى جميع الولايات تقريبا مجالس مماثلة ذات عضوية مناسبة .

ومنذ أبريل ١٩٦٦ أنشئت مصلحة منفصلة لتنظيم الأسرة تابعة للحكومة المركزية لتقديم التوجيه السليم ، ولإقرار التناسق بين الأوجه المختلفة لبرنامج تنظيم الأسرة فى المركز كما فى الولايات . ولهذه المصلحة جناح فنى ، يرأسه مندوب تنظيم الأسرة المفوض ، وهو يوجه من هذا الطريق النواحى الفنية

المتعددة للبرنامج . وبالإضافة إلى ذلك ، أنشئت وحدات لتنظيم الأسرة في مصالح الصحة التابعة لحكومات الولايات لتوجه العناية الكاملة لهذا العمل . وعملية الاتصال بين المراكز والولايات تتولاها ستة مراكز إقليمية ، يرأس كل واحد منها مدير محلي . وهـــذا يسهل الاتصالات يوما فيوما ، كما يسهل الاستعراض المتواصل للعمليات الميدانية .

وإلى جانب وحدات السكرتارية الصغيرة ، سالفة الذكر ، فإن البناء التنظيمي في الولايات يشتمل على الآتي بيانه :

١ — مكتب محلي لتنظيم الأسرة على مستوى الولاية ، يرأسه موظف فني كبير ، مع مجموعة ملائمة من المساعدين تتألف من عاملين بالمهن الطبية ، ومن عاملين بالإدارة ، والنشر ، والتوعية ،والتدريب ، والإشراف ، والتموين ، والخدمة ، والإحصاءات .

٢ — مكتب ناحية واحد لتنظيم الأسرة لكل منطقة ، يرأسه موظف ناحية لتنظيم الأسرة ، مع هيئة مهنيين طبيين ، وغيرهم من العاملين للخدمات ، والنشر ، والتموين ، والتوعية ، وتسجيل البيانات والحقائق الإحصائية ، ومكتب الناحية مدعم أيضا بوحدات متنقلة لتقديم الخدمات إلى سكان الأقاليم .

٣ — مراكز رعاية وتخطيط لكل بلدة ، ومكاتب تنظيم اسرة لكل مدينة ، بمعدل مكتب واحد لكل ٥٠٫٠٠٠ من سكان المدن ومراكز أصغر للمجموعات الأقل عدداً من السكان .

٤ — مراكز رئيسية لرعاية وتنظيم الأسرة بالمدن ، تعتبر بصفة عامة جزءاً من مراكز الصحة الرئيسية لمعدل سكاني من ٨٠٫٠٠٠ ، مع أطباء وهيئة عاملين آخرين لتولي شئون تنظيم الأسرة ، وخدمات الرعاية الصـــحية للأمهات والأطفال .

٥ — مراكز فرعية لكل ١٠٫٠٠٠ من السكان تعمل تحت إشراف مراكز المدينة الرئيسية .

وفي سبيل إشراف المصالح الحكومية المتعددة بالولايات المرتبطة بصلات

مباشرة وثيقة بالجمهور فى برنامج تنظيم الأسرة على اختلاف مستوياته أنشئت لجان تنفيذية بالولاية ، والناحية ، ومستوى أحياء المدينة المقسمة إلى مربعات سكنية . وهذه اللجان تعقد اجتماعات دورية لاستعراض تقدم البرنامج ، وإزالة العوائق والعقبات ، ووضع خطة البرنامج للمستقبل . ويتولى رياستها كبار أمناء السر على مستوى الولاية ، وجباة الناحية على مستوى الناحية ، وموظفو الاصلاح والصيانة بالمربعات السكنية على مستوى الأحياء المقسمة إلى مربعات سكنية ، وممثلو المصالح المماثلة لمصالح العمل والتطوير والتعليم والصناعة والخزانة منضمون إليهم .

ولقد روعى بكل دقة وحرص تجنب أى ضغط محتمل ، أو تدخل عامل القسر أو الإكراه فى برنامج تنظيم الأسرة . فالأزواج والزوجات يستحثون من طريق وسائل الإعلام الجماعية ، بالمعونة الإرادية لقادتهم المقبولين المعترف بهم . ويحرص القائمون بالعمل على إشراك هؤلاء القادة فى وضع البرنامج الخاص بمناطقهم ، وعلى ضمان إسهاماتهم الفعالة خلال مراحل التنفيذ . وتلقى المنظمات المتطوعة التشجيع اللازم للقيام بأعمال تنظيم الأسرة وتنال التعضيد المالى الكامل . ويتلقى قادة الرأى فى القرى تدريبا فى معسكرات توجيهية منظمة تنظيما خاصا . وتدعم الهيئات المحلية ومنظمات الرعاية الاجتماعية أيضا بالعون المالى لتشارك فى أعمال تنظيم الأسرة .

الدور الرئيسى لوسائل الاعلام :

إنها لمهمة ضخمة هائلة أن نستحث ٩٠ مليونا من الأزواج والزوجات على قبول مبدأ الأسرة الصغيرة وممارسة تنظيم الأسرة . ولذلك ، اقتضى الأمر القيام بتنفيذ برنامج توعية شامل للإعلام الجماعى . واستخدمت وسائل التوعية ووسائط الإعلام كى تستحث الناس على أن يؤموا المستوصفات وأن يتعرفوا كل ما يحيط بتنظيم الأسرة من « معلومات » . وفى خلال مرحلة الخطة الرابعة خصص لهذا الغرض وحده مبلغ ١٠٠ مليون روبية .

وفى هذا البرنامج استخدمت وسائط الإعلام الجماعى من صحافة ، إلى أفلام وراديو ، وتليفزيون ، وأغان ، ومسرحيات ، وعروض عرائس . ولضمان الدرجة القصوى من الفائدة ، عززت وحدات الإعلام بوزارة الاستعلامات والإذاعة ، وأنشأت المحطات الإقليمية « لإذاعة عموم الهند » وحدات صغيرة لبرنامج تنظيم الأسرة ، ووضعت ثلاثون وحدة إضافية للنشر الميدانى تحت تصرف « إدارة النشر المدنى » . ويتم إنتاج أفلام خاصة عن تنظيم الأسرة . وعلى كل مستويات الإدارات الحكومية أنشئت لجان للتوعية والإعلام الجماعى . ولإضفاء شخصية مميزة على خدمات البرنامج وأوجه نشاطه ، اتخذ له شعار رمزى يتكون من مثلث متساوى الأضلاع مقلوب قرمزى اللون .

والقصد من هذا البرنامج الإعلامى التشجيعى للتوعية هو خلق الجو الاجتماعى لتقبل مبدأ الأسرة الصغيرة . وإنها لدلالة مبشرة أن أقوى ما فى البرنامج من عناصر قد فازت باقتناع القادة الاجتماعيين والدينيين . ذلك أن « مباركتهم » لهذه الحملة المقدسة هى عامل هام فى نشر وتقوية هذا البرنامج ومثل هذا التأييد يسير جنبا إلى جنب مع تطوير البرنامج للحصول على إمدادات مالية وخدمات كى يستطيع من استحثوا من الناس أن يحصلوا فورا على الخدمات التى يطلبونها . والهدف هو جعل الخدمة ميسرة كلما جاء الطلب .

الخدمات والامدادات فى المقدمة :

إن خدمات تنظيم الاسرة تقوم فى مناطق الريف والحضر من طريق مراكز تنظيم ورعاية الأسرة . وأصبح البيت والأسرة هما مراكز بؤرة الاهتمام وفى مناطق الريف ، لكل مركز صحة رئيسى جناح لتنظيم الأسرة ، وكذلك الحال فى جميع المراكز الفرعية التى تلبى حاجات كل ١٠٫٠٠٠ من الناس . وفى مناطق الحضر ، تمد مراكز تنظيم الأسرة لجماعات متعددة من السكان ، يضاف إلى ذلك أنه خصص لكل ٥٠٠٫٠٠٠ من الناس فى كل ناحية عربة واحدة تضم وسائل إيضاح « سمعية ـ بصرية » وعربة واحدة للتعقيم ،

وعربة واحدة « للولب » (وحدات اللولب المتنقلة يمكن استخدامها أيضا لعمليات التعقيم) .

ويوجد فى الهند اليوم ١٦٤١ر١ مركزاً لتنظيم الأسرة بالمدن ، و ٦٨٣ر٤ بالأقاليم ، كما يوجد ١٩٨ر١٦ مركزاً فرعياً . ويوجد — بالإضافة إلى ذلك — ١٩٤ر٨ مركزا طبياً تقوم بتوزيع موانع الحمل . وهذه الشبكة من مراكز تنظيم الأسرة فى شتى أنحاء البلاد تقدم كل المشورة اللازمة لخدمات تنظيم الأسرة . ويلقى أسلوب « الكافيتريا » تأييداً بالنسبة لاختيار وسائل منع الحمل ؛ إذ يترك اختيارها لقرار الفرد وتفضيله وسيلة على أخرى . ومع ذلك تقدم الخدمات على شكل إيلاج اللولب ، وعمليات التعقيم (سواء للذكور أو الإناث) ، وإمدادات مجانية من موانع الحمل التقليدية مثل : الواقى الذكرى ، والهلاميات ، والأقراص الفوارة ، والواقى المهبلى .

وعمليات إيلاج اللولب والتعقيم تجرى مجانيا وبتعويض إضافى للأفراد كمصروف جيب ، ونفقات انتقال ، وفقدان أجور ، ولا تقدم هذه التسهيلات فقط فى المراكز الثابتة ، ولكن أيضا بمعرفة الوحدات المتنقلة .

وفى سبيل تلبية هذه المطالب ، زيدت طاقة الإنتاج الأهلى للواقى الذكرى « الكبابيت » فى كل من القطاعين الخاص والعام . وفى القطاع العام ، شيد مصنع فى سنة ١٩٦١ عند « تريفا ندروم » استهل إنتاجه بـ ١٤٤ مليون واق ذكرى فى السنة ، وبطاقة لمضاعفة هذا القدر . على أن الطاقة الإنتاجية « للكبابيت » كانت دائما غير كافية لتلبية الطلب المتزايد فى البلاد وحتى بعد أن بلغ مصنع « تريفا ندروم » ذروة إنتاجه ، ستظل الحاجة قائمة لعدة أعوام إلى استيراد مقادير غير قليلة من « الكبابيت » سنويا . وموانع الحمل المتعددة الأخرى التى تقتضيها الحاجة تصنع فى داخل البلاد ، ومصنع اللوالب فى « كاينور » ينتج ٣٠٫٠٠٠ لولب من المقاس المتفق عليه دوليا فى كل يوم .

وسائل منع الحمل :

إن كل وسائل منع الحمل المعترف بها مستخدمة فى الهند . وقد وضع تخطيط تقديرى يعاد النظر فيه من وقت لآخر . وتحدد التقديرات السنوية لعمليات التعقيم وإيلاج « اللولب » . ويوضع تقدير شامل دقيق للذين يضافون إلى الراغبين فى استخدام وسائل منع الحمل التقليدية . والبرنامج مفتوح أيضا لأية وسائل جديدة أخرى ، فعالة ومقبولة ، من وسائل منع الحمل التى قد يتسع انتشارها . وقد اتخذت أخيراً خطوات لعرض عقاقير منع الحمل التى تؤخذ عن طريق الفم كعامل مساعد لبرنامج اللولب ، وعلى أساس تجريبى ، وذلك فى ١٢٠ مركزاً إقليميا . وتتولى وكالة العون التابعة لجيش الولايات المتحدة USAID تقديم موانع الحمل التى تؤخذ بطريق الفم للأغراض التجريبية .

وقد استهل برنامج التعقيم عملياته فى سنة ١٩٥٦ ، ولكن نشاطه كان محدودا فى أعوامه الأولى ؛ إذ اقتصر الاهتمام به على ولايات قليلة فقط (مدراس وماهاراشترا) . ومع ذلك فمنذ عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ استحوذ هذا البرنامج على مشاعر الناس إلى حد بعيد ، سواء فى المدن أو فى الأقاليم . وفى خلال عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ أجرى من عمليات التعقيم ما يزيد على ٨٦٣٠٠٠ عملية — وهو أعلى رقم قياسى لأى عام منفرد فى أى بلد من بلاد العالم . وأصبح الإقبال على برنامج التعقيم فى زيادة مستمرة ، وارتفعت شعبيته بين مختلف الطوائف والقطاعات . وكان التقدير المحدد على المستوى القومى لعمليات التعقيم فى عام ١٩٦٧ — ١٩٦٨ هو ١٫٥ مليون عملية، والرقم الإجمالى لعمليات التعقيم التى أجريت منذ البدء بالبرنامج هو ٣ ملايين عملية .

وكان العمل ببرنامج اللولب لأول مرة فى يوليو ١٩٦٥ ، وظل نشاطه يجرى على وتيرة واحدة حتى عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ . على أن هذا البرنامج أصيب بنكسة فى عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ ، بسبب شكاوى تدور حول نزف ، وآلام ، وعلل أخرى ثانوية من هذا القبيل .

وكما أسلفنا القول ، فإن موانع الحمل التى تؤخذ بطريق الفم كانت متداولة حيثما قام اعتراض على استخدام « اللولب » . وقد أجريت دراسات مستفيضة بشأن معدل الاستبقاء ، والمضاعفات الأخرى المتعددة التى تنشأ من «اللولب» ، وفى أكثر من ٢٠٠٠ حالة درست لوحظ أن معدل الاحتفاظ به يبلغ ٧٧ فى المائة خلال العام الأول ، و ٥٤ فى المائة خلال العام الثانى من الإيلاج . ويبقى اللولب وسيلة فائقة لتحديد فواصل زمنية بين إنجاب الأطفال ، وبخاصة بين المجموعات البشرية المنخفضة الإنجاب . وعلى ذلك ، فإن الحاجة تدعو إلى إجراء بحوث لإزالة عيوب هذه الوسيلة ونقائصها المتعددة ، وتطوير جهاز أفضل إذا أمكن ذلك .

وبالنسبة لموانع الحمل التقليدية ، فإن وسيلة « الواقى الذكرى » هى أعظمها أهمية ، وهى مطلوبة على نطاق واسع . ويجرى توزيعها فى الوقت الحاضر من طريق : (١) مراكز تنظيم الأسرة المتعددة وفروعها ، بلا مقابل ، و(٢) أمناء مخازن (من رجال بريد ومعلمى مدارس ..... الخ) بسعر اسمى هو « ٥ بيزات » لكل ثلاثة . وتحت النظر اقتراح بالتوزيع التجارى « للواقى الذكرى » من طريق الأسواق المتعددة للبيوت التجارية الكبيرة فى الأقاليم (عددها يزيد على ٦٠٠ر٠٠٠) والغرض هو ترويج استخدام (الواقى الذكرى) وزيادة استهلاكه إلى ما بين ٦٠٠و٧٠٠ مليون لكل سنة بحلول عام ١٩٧٢ .

تدريب العاملين :

إن الحاجة ضخمة ملحة إلى هيئات وفئات العاملين فى هذا البرنامج الممتد فى طول البلاد وعرضها . والأعمال الشاملة للإرشاد والتوعية واستثارة اهتمام الجماهير . وإسداء النصح وتقديم الخدمات ، وإدارة شئون البرنامج على كل المستويات . تتطلب خدمات هيئة من العاملين المدربين تتألف من قرابة ١٢٥ر٠٠٠ عضو ، والمراكز الرئيسية لتدريب هؤلاء العاملين تنحصر فى معهد عموم الهند

لمقتضيات الصحة العامة « بكلكتا » ، و « معهد تنظيم الأسرة المركزى » بنيودلهى ،و« المكتب المركزى لتعليم الصحة» بنيودلهى . والوحدات الميدانية لتنظيم الأسرة ، المعينة لكل ولاية ، تسد الفراغ فى موارد التدريب على مستوى الولاية والناحية . يضاف إلى ذلك ، أن موارد مكاتب تعليم الصحة بالولايات قد عبئت . وتنظيم مناهج أساسية لهيئة « الممرضات القابلات المساعدات » فى ٢٢٩ مدرسة تابعة للهيئة . وتم حتى الآن تدريب حوالى ١٠٫٠٠٠ ، على حين تتطلب الحاجة ٥٤٫٦١٨ منهن .

وتم إعداد فريق مركزى لتنظيم الأسرة من الأطباء لتلبية احتياجات الولايات فى المواقع التى لايتيسر فيها الأطباء . يضاف إلى ذلك ، أنه تم التصديق على منح ٢٫٥٠٠ منحة دراسية معظمها لطلاب الطب من الإناث اللاتى تعهدن بخدمة البرنامج لعدد محدد من السنين بعد إتمام دراستهن وطورت أيضا خطط لاستخدام أطباء لجزء من الوقت بشروط مغرية . وبالتعاون مع « الرابطة الطبية الهندية» ، وضعت أيضا الخطوط العريضة لتطوير مشروع بالانتفاع بخدمات الأطباء العاملين فى القطاع الخاص لمجالات تنظيم الأسرة ، سواء فى عياداتهم الخاصة ، أو فى أية عيادة تدار بمعرفة البرنامج

بحوث من أجل الكفاية :

وفى الوقت الذى يشق فيه برنامج الهند طريقه قدماً نحو تحقيق أغراضه ، سوف تجد تساؤلات لا حصر لها طريق الإجابة عنها ، كما سوف تجد مشكلات غير متوقعة طريقها نحو الحل . وقد دعمت البحوث فى ميادين الطب الحيوى ، والدراسات الإحصائية السكانية « الديموجرافية» ،ووسائط الاتصال والإعلام، والمجالات الاجتماعية والعملية ـــ وذلك منذ الاستهلال المبكر للبرنامج . وتتولى ثلاث لجان ذات سلطات عليا تنسيق البحوث فى نواحى الطب الحيوى، ووسائط الاعلام والاتصال ، والدراسات الإحصائية السكانية من البرنامج فى مراكز

البلاد الثمانية لبحوث الطب الحيوى ، ومراكز البحوث « الديموجرافية» الأحد عشر ، والمشروعات العشرة لبحث أساليب العمل الإعلامى . وخصص مبلغ ٥٣ مليون روبية فى « الخطة الرابعة » لهذا الغرض . ويدعم البرنامج بصورة مستمرة بثمرات البحوث كى يحتفظ بكفايته الفنية وبفاعليته العملية على مستوى عال .

تقييم ضمنى :

وكما أسلفنا القول فإن الغرض المنشود بخفض معدل المواليد إلى ٢٥ لكل ألف من السكان يجب أن يتحقق فى أقصر وقت مستطاع . ولهذا الغرض ، تجرى اختبارات لتقييم تقدم البرنامج فى فترات معينة . وتبعا لذلك ، تطرح الأهداف على بساط البحث على مختلف المستويات : مستوى الدولة ، والولاية ، والناحية ، والمربع السكانى بأحياء المدينة ، والمركز الفرعى ، والفرد — وهذا يساعد العامل على معرفة ما إذا كان قد أسهم بنصيبه فى إنجاز البرنامج . ويكون البرنامج بذلك خاضعا لكل من التوجيه الزمنى والإنجازى .

وتحديد الهدف والإنجاز هو فقط وسيلة لإنجاز الغرض المنشود بخفض معدل المواليد إلى المستوى المطلوب . على أن أثر هذا التحديد فى خفض معدل المواليد أمر هام ، ولهذا السبب ، فإلى جانب عملية الإحصاء السكانى التى تجرى كل عشر سنوات ، فإن عمليات مسح مركزة ودراسات تقويمية « تقييمية » تجرى فى مواقع معينة . ومثل هذه الدراسات تم إجراؤها فى مناطق متعددة من « مزارع الشاى بالهند الشرقية » ، وفى ناحية « كايرا » (جوجارات) وفى « هوجلى » و « جاند هيجرام » . وقد جاءت هذه الدراسات بنتائج مطمئنة ، ، وأشارت إلى ميل محدد للهبوط فى معدل المواليد . والمقدر أنه نتيجة للجهود الحالية ، فإنه يتم فعلا منع نصف مليون من حالات الولادة كل سنة .

تطلع إلى الأمام :

إن شعب الهند منهمك فى برنامج لتحديد السكان يعتبر الأكبر من نوعه فى العالم ، وربما كان أشدها صعوبة ، إذ لم يحدث قط من قبل أن نفذ برنامج لتنظيم الأسرة يماثله فى الضخامة والتعقيد . والهند تكسب أرضا جديدة فى مناطق كثيرة من البرنامج ، وتختبر أساليب جديدة لمعالجة مشكلات كثيرة . وبمضى أعوام قليلة فقط على التجربة فى ذروتها ، فإن التساؤل الأشد حسما هو : هل ستستطيع البلاد أن تحقق الغرض المنشود بخفض معدل المواليد إلى ٢٥ لكل ألف من السكان ؟ إن المعتقد أن الجواب هو : « نعم » . فبالرغم من أن معدل منع المواليد الذى أنجز فى الأعوام المبكرة كان يقل بعض الشىء عن المطلوب لبلوغ ذلك الهدف ، فإن الكم والكيف فى البرنامج يتحسنان بسرعة وسوف يحدثان ارتفاعا حادا فى موانع المواليد السنوية . يضاف إلى ذلك ، أنه يجرى سن تشريعات اجتماعية من شأنها أن تخلق طقسا جماعيا يصبح فيه مبدأ « الأسرة الصغيرة » أسلوبا للحياة ، وتنظيم الأسرة أمرا مشروعا بوجه عام . وقد تشرع قوانين لرفع سن الزواج وإباحة الإجهاض .

إن البرنامج يقدر أنه يتعامل مع كائنات بشرية ، وليس مع آلات ، ويجب أحيانا أن تغلب العواطف على مقتضيات التعقل . وفى مجتمع الهند الديموقراطى ، يجب أن يقوم برنامج تنظيم الأسرة على أساس حرية الفكر والفعل ، وليس على أساس النظام الصارم . ورحلة الألف ميل يجب أن تبدأ بخطوة واحدة . والهند قد خطت تلك الخطوة الأولى . وبالإرادة والإيمان ، فإنها تشق طريقها قدما صوب نهاية الرحلة .

٨
باكستان : مجهود ضخم فى بلد ضخم

إنفر آدیل

إن باكستان دولة مستقلة اقتطعت من شبه القارة الهندية سنة ١٩٤٧ ، وهى مقسمة إلى مقاطعتين : باكستان الشرقية ومساحتها ١٢٦ر٥٥ ميلا مربعا ، وتبعد ألف ميل عن باكستان الغربية التى تبلغ مساحتها هى الأخرى ٣١٠ر٤٠٣ أميال مربعة . إن المناخ فى الجناح الشرقى أقرب إلى مناخ المنطقة الاستوائية الحارة ، فهو حار وممطر ، ومتوسط معدل الأمطار التى تسقط فى الغرب يصل إلى ٥٠ بوصة ، فى حين أنها ترتفع إلى ٢٠٠ بوصة على مرتفعات آسام التى تقع فى الشمال ، ويسقط ثلثا هذه الأمطار تقريبا فى أثناء الرياح الموسمية الصيفية من يونية إلى سبتمبر . أما الجناح الغربى من باكستان فهو على عكس ذلك ؛ لأنه شبه جاف وحار فى الصيف ، ويتراوح معدل سقوط الأمطار فيه من أقل من خمس بوصات فى منطقة السند العليا فى الجنوب ، إلى أكثر من ٢٥ بوصة فى منطقة جبال الهمالايا فى الشمال ، كما أن سقوط الأمطار فى الجناح الغربى يتركز فى الشهور من يوليو إلى سبتمبر .

ويعتبر : الجوت ، والشاى ، والرز ، هى المحصولات الزراعية الرئيسية فى باكستان الشرقية ، بالإضافة إلى قدر كبير من الأخشاب التى تجمع من الغابات الساحلية ، ومن منطقة تلال شيتا جونج .

أما الفواكه السائدة فى الجناح الشرقى فهى : المانجو ، والموز ، والأناناس ،

والجناح الشرقى منطقة نهرية تخترقها الروافد التى تكون دلتا أنهار ماجنا براهمبوترا والجانج . وأرض هذا الإقليم مسطحة إلى أقصى درجة ، يتبين هذا من معدل انحدار الأرض ، الذى يبلغ خمس بوصات فقط فى كل ميل .

ثم إن هناك محصولات الجناح الغربى ، وهى : القطن والقمح ، والرز ، وقصب السكر ، وحدائق الفاكهة . وكل هذه المحصولات — ما عدا القمح وبعض حدائق الفاكهة — تنمو فى إطار نظام للرى ربما يعد أضخم نظام متماسك للرى فى العالم ، فهو يغطى أكثر من ١٧ مليون فدان . والمنطقة المستفيدة بنظام الرى هذا تتغذى بمياه من نهر الإندوس وروافده الرئيسية الخمسة وهى : الستلج ، والبيز ، والرافى ، والكاناب ، والجيلم .

وكانت الشروط التى تنص عليها اتفاقية حوض الإندوس مع الهند هى تحويل مياه الأنهر الثلاثة الأولى إلى الهند ، واستبدال هذه المياه بمياه النهرين الآخرين والمياه الجوفية التى تم اكتشاف مصادر كثيرة منها .

وقد وصل التعداد الإجمالى لسكان باكستان بجناحيها إلى ١٢٥ مليون نسمة ، ويتراوح معدل الزيادة السكانية بين ٢٫٨ فى المائة ٣ فى المائة فى السنة وفى سنة ١٩٥١ كان عدد السكان الإحصائى ٧٥ مليون فقط ، لكنه زاد الى ٩٥ مليونا خلال عشر سنوات .

وقد قدرت لجنة التخطيط أن هذا الرقم الأخير يقل عن الواقع بمقدار ستة ملايين ونصف مليون نسمة ، كان من الممكن أن تعطى رقما حقيقيا لتعداد السكان يقرب من ١٠١٫٥ مليون فى سنة ١٩٦١ .

والجناح الشرقى ، وهو الجناح الأقل مساحة ، تصل نسبة عدد السكان فيه إلى ٥٥ فى المائة من إجمالى السكان ، ومن بين مجموع السكان يدين ٨٨ فى المائة بالديانة الإسلامية . وهناك ٨٤ فى المائة يسكنون المناطق الريفية ونسبة الأمية ٨٠ فى المائة

ويبلغ متوسط دخل الفرد أقل من ٥٠٠ روبية فى السنة ، أى ما يوازى نحو ١٠٠ دولار فى الولايات المتحدة .

وفى سنة ١٩٦٥ ، فى بداية الخطة الخمسية الحالية ، قدر معدل المواليد بـ ٥٠ فى الألف فى السنة ، وعدد الوفيات بـ ٢٠ فى الألف فى السنة ، أى إن الزيادة الطبيعية بلغت ٣٠ فى الألف فى السنة ، وهى من أعلى معدلات الزيادة فى العالم . وفى سنة ١٩٦١ كان عدد الأطفال تحت سن ١٥ سنة يمثل ٤٤٫٥ فى المائة من عدد السكان ، وبمقارنته بالدول الغربية نجد أن هذا العدد يصل ٢٥ فى المائة و ٣٠ فى المائة من عدد السكان كحد أقصى ، وهذا العبء الكبير من القوى غير المنتجة ، يزيد من نفقات الاستهلاك والصحة والتعليم والخدمات الاجتماعيه الأخرى . وبذلك يقال المدخرات المخصصة للتنمية وخلال الخطة الخمسية الثانية ، فإن معدل النمو الاقتصادى كان ٤٫٥ فى المائة فى السنة ، لكن أكثر من ٢٫٥ فى المائة كانت تضيع هباء فى الخدمات نتيجة الزيادة السكانية . وهكذا تم ، وبصعوبة شديدة ، رفع دخل الفرد إلى أكثر من روبية واحدة فى اليـــوم .

وقد قدر النمو الاقتصادى فى مدى خطة التنمية الثالثة فى سنة ١٩٦٥ — ٧٠ بـ ٧ فى المائة إلى ٨ فى المائة ، لكن الزيادة فى متوسط دخل الفرد ستكون مرة أخرى مجرد زيادة اسمية مالم يحدث انخفاض جوهرى فى معدلات المواليد . والانخفاض فى معدل المواليد يجب أن يرتفع إلى أكثر من مليون نسمة فى السنة النهائية لخطة التنمية الثالثة (١٩٧٠) ، وذلك إذا أريد لمعدل المواليد أن ينخفض من ٥٠ فى الألف فى السنة إلى ٤٠ فى الألف .

وكان الرئيس الأسبق محمد أيوب خان يهتم اهتماماً شديداً بالمشكلة السكانية ، وقد أعطى موافقته وكل تعضيده لبرنامج تنظيم الأسرة ، وكان نادرا مايتحدث فى المجتمعات العامة أو فى دورات انعقاد البرلمان ، أو يلقى بياناً فى الراديو ، دون أن يذكر أهمية البرنامج . وتعتبر باكستان إحدى الدول

القليلة التي كانت تؤيد البرنامج تأييدا سياسيا متحررا بجانب تكريس كل جهود البحث والتحليل للتعرف على جوانب هذه المشكلة. وكان لمبادرة رئيس الدولة في تأييد البرنامج نتيجة هامة، فقد تم إنشاء قسم مستقل لتنظيم الأسرة، وذلك لضمان سرعة تطبيق البرنامج في هذا الميدان.

بدء حركة تنظيم الأسرة — أ:

وقبل سنة ١٩٦٥ كان هناك بعض البرامج الاختيارية في باكستان، وكانت تتلقى معونة حكومية بسيطة. وفي سنة ١٩٥٣، تأسست جمعية باكستان لتنظيم الأسرة في لاهور، وفي السنة التالية تم إنشاء جمعية أخرى في دكا، ومن خلال هذا البرنامج تم افتتاح عدد قليل من العيادات لتنظيم الأسرة كما تم تنفيذ بعض البرامج التعليمية والإعلامية لترويج فكرة تحديد نسل الأسرة. وقبل عام ١٩٥٥ كان نشاط جمعية تنظيم الأسرة يلقى تأييدا معتدلا فقط من قبل الحكومة.

وفي خلال الخطة الخمسية (٦٠ — ١٩٦٥) تم تخصيص مبلغ نصف مليون روبية من الحكومة المركزية لدعم محاولات تنظيم الأسرة. وقد خصص هذا المبلغ لتوفير مساعدات عملية لأولئك الذين اتخذوا — من جانبهم — قرارا بالبدء في تنظيم نسلهم. وفي سنة ١٩٥٩ وافقت اللجنة الاقتصادية لمجلس الوزراء على أول مشروع نموذجي لتنظيم الأسرة، باعتماد قدره ٩٠٠ ألف روبية.

ومع بداية الخطة الخمسية الثانية اتخذت الحكومة خطوات جريئة للحد من الزيادة السكانية باعتماد مبلغ ٣٠٫٥ مليون روبية للبرنامج القومي الذي تم إنشاؤه ليكون جزءاً مكملا لخدمات الصحة العامة، وكانت الأهداف المحددة للبرنامج هي ما يأتي:

١ — تغطية ١٫٢ مليون أسرة في فترة الخطة المحددة، أو نحو ١٠ في المائة من السيدات في سن الإنجاب.

٢ — إنشاء ٣٠٠٠ مركز لتنظيم الأسرة فى مراكز الخدمات الصحية الموجودة والعمل على إيجاد نظام لتوزيع وسائل منع الحمل .

٣ — تدريب العاملين من الموجهين والمثقفين والفنيين المطلوبين بحيث تضم البرامج التدريبية ١٢٠٠ شخص من العاملين فى ميدان الصحة (من أطباء وممرضات ومولدات وزائرات صحيات) كل سنة .

٤ — العمل على تشجيع البحوث والمشروعات الإدارية فى ميدان تنظيم الأسرة

ومن خلال المشروعات النموذجية ومناشط البحث الأخرى ، فإن البرنامج زود عدداً كبيراً من العاملين المتخصصين بالخبرة . وتم إنشاء عدد كبير من عيادات تنظيم الأسرة فى البلاد ، فأقيمت خمس مؤسسات تدريبية للبحث ، كما بدأ مركز البحوث القومية لتنظيم الأسرة عمله . وخلال هـــذه الفترة تمت دعوة ثلاث مجموعات من خارج البلاد للقيام بإنشاء مراكز للبحث والقيام بأعمال تطبيقية .

وكانت هذه المجموعات تتبع مشروع جامعة جونز هوبكنز للبحوث الاجتماعية والطبية التى أنشأت وحدات فى « لاهور » ، ومشروع جامعة كاليفورنيا للثقافة الصحية بوحداته ومراكزه فى « دكا » ، ومشروع رعاية الأسرة السويدى — الباكستانى بوحداته فى : كراتشى ، وحيدر أباد ، ولاهور ، ودكا وشيتا جونج .

وكانت النتائج التى توصل إليها برنامج تنظيم الأسرة خلال الخطة الثانية (١٩٦٠ — ١٩٦٥) متواضعة ، ولم تحقق كل الأهداف المرجوة . لكن يجب أن يوضع فى الاعتبار أنه كان يستخدم طول هذا الوقت الوسائل التقليدية لمنع الحمل فقط ، بجانب أن الأطباء والموظفين الصحيين كانوا مثقلين بأعباء العمل فى العيادات، لذلك فإنهم لم يعطوا الاهتمام الكافى لبرامج تنظيم الأسرة .

الخطة الخمسية الثالثة :

إن خطة إدماج تنظيم الأسرة بالخطة الخمسية الثالثة تم إعدادها بواسطة وزارة الصحة والعمل والشئون الاجتماعية فى بداية سنة ١٩٦٥ . وكانت الخطة تتضمن ستة عوامل رئيسية أساسية تم استخلاصها من التجربة المكتسبة خلال فترة الخطة الثانية .

١ — يجب أن يعتبر البرنامج نشاطا إداريا، لامجرد برنامج علاجى مبدئى.

٢ — يجب أن يؤسس على أنه عملية مستقلة لتأكيد وضمان سرعة اتخاذ القرارات وتطبيقها .

٣ — العمل على تأكيد اللامركزية وحرية تنفيذ القرارات .

٤ — يجب أن تكون هناك صورة واضحة وشاملة للمناطق على أساس مدى استعداد الناس بها لقبول تنظيم الأسرة ، وعلى أساس القوة التنظيمية للتطبيق .

٥ — يجب أن تكون وسائل منع الحمل فى متناول الجميع حتى عتبة كل بيت ، وأن يكون الثمن معقولا .

٦ — يجب أن يدعم البرنامج بحملة دعائية كبيرة ، وأن يقوم بالجهود التعليمية والإقناع من خلال الاتصالات الفردية والجماعية على مستوى القرية .

إن الهدف الأدنى الذى وضعه البرنامج هو تخفيض عدد المواليد بمقدار ٢٠ فى الألف من المعدل المقدر بـ ٥٠ إلى ٤٠ فى الألف من عدد السكان . وإذا افترضنا أنه سوف يحدث انخفاض فى معدلات الوفيات من ٢٠ إلى ١٥ فى الألف من السكان ،فإن النتيجة سوف تكون انخفاضا واضحا فى معدل النمو من ٣ إلى ٢٫٥ فى المائة . وكان من المقرر لهذا الهدف أن يتحقق عن طريق

جعل خدمات تنظيم الأسرة فى متناول كل الناس بحلول سنة ١٩٧٠ . وبطريقة مبدئية ، فإن المناطق القليلة السكان عند حدود باكستان الغربية وسلاسل تلال شيتا جونج بباكستان الشرقية قد تم استثناؤها ، ولكن هاتين المنطقتين قد تم ضمها إلى البرنامج بالتدريج .

وكانت الخطة الأولية تعمل على ضرورة نشر البرنامج من ٣٣ إقليما تضم ٦٥ فى المائة من السكان) فى السنة الأولى ، إلى ٥٢ إقليما فى سنة ١٩٧٠ . وقد كانت احتياجات الجماهير هى التى دعت إلى ضرورة زيادة مدى معدل الانتشار ، وكان قد تم ضم الـ ٥٢ إقليما إلى البرنامج فى بداية يوليو سنة ١٩٦٨ .

وقد قدر أنه فى سنة ١٩٧٠ سوف يكون هناك ٢٠ مليون سيدة فى سن الإنجاب فى البلاد، لذلك فإنه فى سنة ١٩٧٠ سوف يعمل البرنامج على أن تصل إلى هؤلاء السيدات المعلومات والبرامج التعليمية حول تنظيم الأسرة ، والعمل على زيادة نسبة توزيع المبيعات ، وتسهيل العمل فى العيادات ، وذلك حتى تقدم وسائل منع الحمل والخدمات بشكل سهولة إلى كل الأزواج والزوجات .

البناء التنظيمى :

ونتيجة لإعطاء البرنامج أسبقية مطلقة ودعما قويا من السلطة التنفيذية فقد أمكن إنشاء جهاز إدارى يعمل بكفاية وله مسئوليات محددة على مختلف المستويات . وعلى المستوى المركزى تم إنشاء مجلس تنظيم الأسرة الباكستانى كهيئة مستقلة تخضع لقسم تنظيم الأسرة ، ويرأسه وزير تنظيم الأسرة المركزى . ويعمل كنائب للرئيس وزيرا الصحة فى الإقليمين الشرقى والغربى . ويلحق بالمجلس عدد من السكرتيرين المركزيين وعدد من الموظفين غير الرسميين. ويعد سكرتير قسم تنظيم الأسرة عضوا فى المجلس والرئيس التنفيذى له . أما وظائف المجالس الاساسية فتتمثل فى التالى :

١ ـ وضع سياسة البرنامج وتخطيطه والقيام بعمليات التنفيذ الشاملة .

٢ ــ أعمال البحوث والتقويم والتدريب .

٣ ــ التنسيق .

٤ ــ الحصول على مستلزمات المشروعات مع العملات الأجنبية وإدارة هذه الأموال .

٥ ــ تقديم المشورة للحكومة المركزية حول تنظيم الأسرة .

ويقع مكتب سكرتير قسم تنظيم الأسرة فى إسلام أباد ، كما يوجد مكتب فرعى فى كاراتشى تحت رياسة المدير العام ، وهو طبيب ، وهذا لتنظيم عملية الاتصال اللازمة فى مجال البحث مع المركز الطبى العالى فى كراتشى . أما نائب السكرتير ونائب المدير العام فتوجد مقارهما فى كراتشى، على حين توجد مكاتب المدير العام للتنسيق ومدير التنسيق مع مكتب السكرتير فى إسلام أباد . أما الوحدات الثلاث الهامة للمجلس المركزى ــ وهى معهد البحوث الوطنية لتنظيم الأسرة ، ووحـــدة التقويم المركزى لتنظيم الأسرة فى باكستان الشرقية ، ووحدة التقويم المركزى الغربية ، فهى فى : كراتشى ، ودكا ، ولاهور . وبالإضافة إلى تلك الوحدات فإن مركز البحوث والتقويم فى باكستان الغربية ، ومركز البحوث والتقويم فى باكستان الشرقية يعملان فى لاهور ودكا تحت الرقابة المباشرة لسكرتير قسم تنظيم الأسرة . وفى كل إقليم يوجد مجلس إدارة إقليمى لتنظيم الأسرة ، ويرأسه وزير الصحة ومعه سكرتير الوزارة كنائب الرئيس ، كما يعمل السكرتير المساعد لتنظيم الأسرة كسكرتير للادارة . والأخير هو الرئيس الإدارى للبرنامج والمسئول عن توفير كل الإمكانيات اللازمة له فى الإقليم ، ونائبه الرئيس طبيب .

والحلقة الأخيرة فى سلسلة هذه التنظيمات الإدارية هى مجلس إدارة تنظيم الأسرة فى المقاطعة ، الذى يرأسه نائب مفتش المقاطعة . أما سكرتير المجلس فهو الموظف المشرف على الدعاية والتنفيذ . أما المشرف الصحى للمقاطعة والطبيب والجراح فهم أعضاء فى هذا المجلس أيضا . والموظف المختص بالدعاية والتنفيذ يعتبر المدير الفعلى للمقاطعة ونائبه الرئيسى طبيب .

إن مجلس المقاطعة له ثلاث وظائف رئيسية :

١ — الدعاية والتثقيف .

٢ — توزيع وبيع وسائل منع الحمل .

٣ — تزويد العيادات بالخدمات والإمكانيات .

ويقوم الموظف المختص بالدعاية والتثقيف بإعداد تقرير شهرى حول الناحية الطبية وما حققه المشروع فيها ، ويقدمه إلى سكرتيرية الإقليم والسكرتير العام فى منتصف الشهر التالى . ويتم تجميع هذه التقارير ومراجعتها على المستوى الإقليمى ، ثم يقوم المكتب المركزى بإعداد تقرير نهائى ليعرض على الرئيس . وهذا التقرير يتضمن كل ما حققه البرنامج وينشر بعد ستة أسابيع بعد انتهاء العمل الشهرى ، ويعمل تحت إدارة المشرفين على الدعاية والتنفيذ ١٠٠ ألف موظف ، وهؤلاء الموظفون أربع فئات :

١ — الأطباء والعاملون فى الميدان الصحى من ممرضات ومولدات ، وهم يمثلون الهيئة العاملة فى العيادات ، ويقومون بالإجراءات العلاجية التى تدربوا عليها تدريبا خاصا ، ويتم تسجيلهم فى مجلس إدارة تنظيم الأسرة فى المقاطعة . وبعضهم يتم تعيينهم بواسطة المجلس للعمل بالعيادات طول اليوم ، لكنهم يتلقون جميعا أجراً نظير أعمالهم .

٢ — مشرفو تنظيم الأسرة ومساعدوهم ، وهم أعضاء المجلس والمسئولون عن تنظيم برامج التثقيف والترغيب على المستوى المحلى ، وكذلك توزيع وسائل منع الحمل التقليدية ، وتنظيم المعسكرات التى تتم إقامتها فى مناطقهم لتركيب الواقى الرحمى .

٣ — القيادة النسائية ، وهى المسئولة الأولى عن التوعية على المستوى المحلى . وهى سيدة من المنطقة ويتم اختيارها لأنها معروفة جيداً فى القرية . ويكون قد سبق تدريبها على استخدام الوسائل التثقيفية المبسطة ، وعلى مزايا

ومضار وسائل منع الحمل المختلفة . وهى تقوم أيضا ببيع وسائل منع الحمل والمسئولة الأولى التى تشير على النساء بتركيب «الواقى الرحمى» . وهى تتقاضى أجراً رمزياً قدره ١٥ روبية فى الشهر وعمولة عن جميع المبيعات ، بالإضافة إلى مكافأة عن جميع السيدات اللاتى أشارت عليهن بالتردد على العيادة ويقبلن تركيب « الواقى الرحمى » .

٤ — الوكيل ، ويكون عادة صاحب محل فى القرية أو صاحب مشرب الشاى ، ويكون قد سبق اعتماده كموزع لوسائل منع الحمل التقليدية مع التزامه ببيعها بأسعار الحكومة المخفضة .

وعند هذه المرحلة فإنه من الضرورى إعادة التأكيد بأن برنامج تنظيم الأسرة يعمل كمنظمة مستقلة تحت الشروط والقواعد المالية السائدة بالحكومة . وهذا يجعل من السهل إعادة توزيع المبالغ فى إطار الميزانيـة العامة ، دون الرجوع إلى الإدارة المالية ، وهذا يعطى مرونة لأى تغييرات يتطلبها البرنامج . وكل الأشخاص الذين يعملون فى البرنامج ، إما مسجلون فى مجلس المقاطعة ، وإما موظفون بواسطته . وتقدم الخدمات الطبية الخاصة بوسائل منع الحمل مجانا للمرضى ، كما يحدث بالنسبة للخدمات الطبية الأخرى . لـكن الطبيب يحصل على أجر من مجلس المقاطعة نظير عمله . وكل وسائل منع الحمل التقليدية تباع بأسعار مخفضة مثل : (الحاجز الذكرى، والحبوب الفوارة، والكريمات) لـكن الذين يقومون بعملية البيع يحصلون على ربح معقول .

البرنامج التدريبى

وعن طريق استخدام الهيئة العاملة التى اكتسبت خبرة فى برامج تنظيم الأسرة خلال الخطة الخمسية الثانية ، وبجانب المساعدات القيمة التى قدمها الخبراء الأمريكيون والسويديون تم تنفيذ برنامج ضخم للتدريب فى يونيو ويوليو وأغسطس سنة ١٩٦٥ ، حيث تم تدريب العاملين في الميدان الطبى

على تركيب « الواقى الرحمى » فى مختلف العيادات التى تم إنشاؤها خلال المرحلة السابقة للبرنامج . أما ضباط الاتصال التنفيذيون الاقليميون ومشرفو تنظيم الأسرة فقد تم تفهيمهم لفلسفة تنظيم الأسرة ، كما تم تدريبهم على القيام بالمهام المختلفة التى تتطلبها المهام الموكولة إليهم ، بما فى ذلك القيام ببرنامج تدريبى على مستوى العاملين فى القرية تمهيداً لتجنيدهم للعمل فى المشروع . وبعد ذلك بدىء فى تجنيد القيادات النسائية تحت إشراف رؤسائهم للتدرب على وسائل التثقيف والترغيب واستوعبوا فلسفة تنظيم الأسرة استيعابا كاملا .

ونتيجة للخبرة التى اكتسبت فى التدريب العام فقد بدأ نظام للتدريب الداخلى ، ومن خلال هذ التدريب كان كل العاملين ينتظمون فى دورة تدريبية مرة كل سنة على الأقل بتزويدهم بأحدث المعلومات . وكان برنامج تدريب العاملين يشمل توفير دراسات تدريبية أكاديمية لهيئة صغار الموظفين الصاعدة فى الجامعات الأهلية ، وكذلك فى جامعات الولايات المتحدة ، والسويد ، والمملكة المتحدة وفى دول أخرى .

البحث والتقويم :

وفى أثناء تطبيق مشروع تنظيم الأسرة فى باكستان، كانت عمليات البحث والتقويم تقوم بها مؤسسات داخلية تم إنشاؤها لهذا الغرض المحدد ، واتخذت الاحتياطات فى إطار التنظيم لاستمرار الحصول على إحصائيات متتابعة وتحليلها . وفى نفس الوقت القيام ببحوث متعلقة بالمشكلات التى تظهر يوما بعد يوم فى أثناء العمل فى المشروع . وكذلك فإن التنظيم قد شجع وأعطى مساندته للوكالات الأخرى لكى تحصل على المعلومات التى يمكن أن يستفيد منها المشروع .

وقد تطورت هيئات البحث التى ارتبطت بمشروع تنظيم الأسرة على مدى السنوات العشر الأخيرة . كما تم تفهم وظيفة هذه الهيئات ومسئولياتها .

وإذا تناولنا بإيجاز وضع باكستان فإننا نجد أن البحث والتقويم قد احتفظت بها الحكومة المركزية على أن تقوم بتنفيذهما تحت إشراف مجالس تنظيم الأسرة . كما أن المركز القومى لبحوث تنظيم الأسرة قد أعطى مسئوليات التنسيق التى تمارس عن طريق حلقة بحوث شبه سنوية تخدم هدفا مزدوجا ، كقاعدة تستقبل نتيجة البحوث ، وكذلك لتطوير مجالات خطط البحوث المستقبلة .

وفى أثناء تنفيذ الخطة الخمسية الثانية ، تم إنشاء مركز للبحوث والتقويم فى كل إقليم كمشروع مشترك بين الحكومة وإحدى الجامعات التى يتعاقد معها لإعداد هيئة المركز . وعندما بدأ تنفيذ هذا المشروع الحالى استمر التعاقد مع الجامعات ، وتم إنشاء وحدة تقويم فى كل إقليم . وبالإضافة إلى ذلك توجد خمسة معاهد للتدريب والبحوث ؛ ثلاثة منها فى الجناح الشرقى ، والآخران فى الجناح الغربى . وهذه المعاهد تعمل تحت إشراف المجلس الإقليمى ، وهى مسئولة أولا عن التدريب ، ولكن من سلطتها أيضا القيام بالبحوث الضرورية لتقويم وتحسين برنامج التدريب .

مشكلات التمويل والتعاون الدولى :

بلغت جملة النفقات التى تكلفها تنظيم الأسرة فى أثناء الخطة الخمسية الثالثة ، ٢٨٤ مليون روبية ، منها ١٣٧ مليون روبية سوف تنفق فى باكستان الغربية ، و ١٣٦ مليون روبية ستنفق فى باكستان الشرقية ، أما الجزء الخاص بالعملات الأجنبية فقد وصل إلى ٧١ مليون روبية ، أى ٢٥ فى المئة من المبلغ الاجمالى ، وسوف تنفق على وسائل منع الحمل وشراء السيارات ومعدات الدعاية السمعية والمرئية والمؤن والأدوية ، والتدريب الحديث للعاملين فى البرنامج والخدمات الاستشارية .

إن الجزء الخاص بالعملات الأجنبية تسهم فيه الوكالة الأمريكية للتنمية العالمية ، والأمم المتحدة ، والوكالة السويدية للتنمية العالمية ، وبريطانيا ،

وهولندا، والمجلس السكانى، ومؤسسة فورد والاتحاد الدولى لتنظيم الأسرة وكذلك عدد من المتبرعين الخصوصيين الذين تبرعوا للبرنامج بمبالغ كبيرة من العملات الأجنبية .

ما حققه البرنامج :

وعلى مدى ثلاث سنوات وأربعة أشهر، منذ بدأ البرنامج عمله — أى من سبتمبر سنة ١٩٦٥ حتى نهاية ديسمبر سنة ١٩٦٨ — وصل العدد الإجمالى لعمليات تركيب اللوالب إلى ٢٫٠٥٨٫٦٨٤ عملية، أى إنها حققت ٦٦٫٦ فى المئة من هدف خطة السنوات الخمس . وقد تم إجراء ٩٠٤٫٠٠٧ عملية من هذه العمليات فى باكستان الشرقية و ١٤٤٫٤٦١ فى باكستان الغربية . وازدادت نسبة متوسط عدد العمليات الشهرية من ٢٥٫٠٠٠ عملية فى السنة الأولى، ثم ارتفع إلى ٤٩٫٠٠٠ فى السنة الثانية — ثم ٦٥ ألفا فى السنة الثالثة. والمتوسط الحالى لعدد العمليات شهريا يبلغ أكثر من ٧٣٫٠٠٠ عملية .

وفوق ذلك أجريت ٦٠٠٫٧٤٧ عملية تعقيم دائم فى نفس الفترة لأشخاص، بناء على رغبتهم، ومن مجموع تلك العمليات أجريت ٥٤٦٫٤٧٢ عملية فى باكستان الشرقية، و ٥٤٫٢٧٥ عملية فى باكستان الغربية . أما بالنسبة لما يحدث حاليا فإن برنامج التعقيم الدائم قد ازداد شعبية فى باكستان الشرقية، ولا تزال الجهود مستمرة لنشر التعقيم الدائم فى باكستان الغربية، على أن عمليات بيع وسائل منع الحمل التقليدية فى نفس الفترة حققت أيضا تقدما ؛ فقد وصلت إلى ٣٩٤٫٥ مليون وحدة بيعت منها ١٥٧٫٧ مليون وحدة فى باكستان الشرقية، و ٢٢٦٫٨ مليون فى باكستان الغربية . وهذه الأرقام تدل على أن أربعة ملايين زوج وزوجة فى سن الإخصاب قد انضموا فعلا إلى البرنامج، على حين كان الهدف هو الوصول إلى خمسة ملايين سنة ١٩٧٠ .

وما زال عدد الذين يستخدمون وسائل منع الحمل عن طريق الفم غير معروف ، لأن الحبوب يسهل الحصول عليها من المحلات التجارية ، كما أنها متوافرة فى عدد من عيادات تنظيم الأسرة ، لكن بثمن عال إلى حد ما . وتدل التقارير على أن المبيعات الشهرية من خلال الجهات الرسمية قد بلغت أكثر من ثلاثة آلاف شريط حبوب منع الحمل . أما التقديرات غير الرسمية للبيع من خلال الأطباء الخصوصيين ودائرة الموزعين فقد وصلت إلى أكثر من ٦ آلاف شريط كل شهر . وباختصار فإنه مع نهاية سنة ١٩٧٠ كان هناك من ١٨ إلى ٢٠ مليون زوج وزوجة فى سن الإخصاب فى باكستان يجب أن يكون ٢٥ فى المئة منهم خاضعين لبرنامج تنظيم الأسرة .

٩

تركيا : الاستجابة لمطالب الشعب

تيرجت متينر

عندما استقلت تركيا سنة ١٩٢٢ كانت الدولة قد دمرت بسبب اثنى عشر عاما من الحروب المريرة . وفى ذلك الوقت كان من الضرورى بالنسبة للبلد الجديد العمل على زيادة السكان لاستخدامهم فى تنمية موارده الطبيعية . وعلى ذلك بقى معدل المواليد فى العشرينيات والثلاثينيات ضئيلا للغاية لا يتعدى ٢ فى المئة أو أقل لفترة طويلة ، ثم قفز الرقم فجأة إلى ٣ فى المئة فى منتصف الخمسينيات .

ويرجع سبب النمو البطىء لمعدلات الزيادة السكانية فى تركيا إلى ارتفاع نسبة الوفيات التى اتخذت صوراً شتى ، أهمها وباء الملاريا الذى استشرى فى الاربعينيات ، وأيضا بسبب الكوارث الطبيعية المتتالية ، مثل : الزلازل ، والفيضانات . وثمة عامل آخر أسهم فى ذلك هو وجود عدد كبير من الرجال فى الخدمة العسكرية فى ذلك الوقت .

ولكن بعد الحرب العالمية الثانية انخفضت نسبة الوفيات بسرعة ، فقد تم القضاء على الملاريا ، وأدى اختراع المضادات الحيوية ، وتقدم الخدمات الحكومية الصحية للطفولة ، إلى انخفاض نسبة الوفيات بصورة تامة . وتبع عودة الرجال من الخدمة العسكرية زيادة عدد الزيجات التى تمت ، وبالتالى زيادة عدد الأطفال ، مثل ما حدث فى كل الدول الأخرى .

وعند هذه النقطة بالذات صار واضحا — لدى بعيدى النظر من المسئولين الأتراك — أنه لابد من صدور قانون يجعل خدمات تنظيم الأسرة منتشرة فى كل أنحاء تركيا لمساعدة كل أسرة تركية على إنجاب العدد الملائم من الأطفال . وكان سبب هذا التغير فى الاتجاه هو أن كل الأسر فى تركيا أصبحت كبيرة الحجم بدرجة تؤثر فى سعادتها الفردية . وأكثر من ذلك صار معروفا أن أعداداً كبيرة من حالات الإجهاض كانت تتم كل عام وبالرغم من أن عدد هذه الحالات كان غير معروف على وجه التأكيد ، إلا أنه فى أغلب الظن قد وصل إلى حوالى نصف مليون حالة إجهاض سنوياً ، نتجت عنها عشرة آلاف حالة وفاة بسبب مضاعفات الإجهاض المتعمد التى تقوم به السيدة بنفسها . وقد تسبب ذلك فى انتشار الأمراض والبؤس نتيجة وفيات الأمهات من الأسر كبيرة الحجم .

وهناك عامل آخر كان ذا تأثير فى الرغبة فى اتخاذ إجراءات تنظيم الأسرة ، هو ازدياد الكفاية الميكانيكية فى ميدان الزراعة التركية . فقد بدأ المحراث القديم الذى تجره الثيران ، والجرن يخليان الطريق للفلاح الذى يستخدم الجرار وآلة الحصاد والدراس ، وكانت النظم القديمة للزراعة تتطلب عشرة رجال للقيام بعمل شاق فى الأرض يغل فى النهاية ما يكفى لإطعام شخص واحد فقط يعمل فى المدينة . لكن بواسطة الجرار وآلة الحصاد والدراس أمكن للمزارع الواحد أن ينتج ما يكفى لإطعام ٤٠ شخصا يعملون فى المدينة . وبعبارة أخرى فإن طرق الزراعة الحديثة أدت إلى استخدام $\frac{١}{٤٠٠}$ من قوة العمل التى كانت مطلوبة من قبل . وقد أدت هذه العملية إلى سرعة انتقال الناس للمعيشة فى الحضر ، مما خلق وضعا جديدا . فقد أصبح نصف سكان المدن الكبيرة فى تركيا يعيشون فى أحياء فقيرة أنشئت منذ وقت قريب ، ولم تتوافر فى هذه المدن ترتيبات الإقامة الملائمة ، أو الأجور التى تكفل إعالة الأسر كبيرة الحجم .

وكان معنى زيادة معدل السكان بنسبة ٣ فى المئة سنويا هو أن يتضاعف

عدد سكان تركيا كل ٢٣ سنة . وفى سنة ١٩٦٨ ولد مليون طفل ، أى ٢٨٠٠ طفل فى اليوم ، أو طفل كل دقيقة . ومعظم هذه المواليد يعيشون حتى يبلغوا سن الشباب . ويعنى ذلك أنه إذا كان عدد سكان تركيا فى سنة ١٩٦٨ قد وصل إلى ٣٥ مليون نسمة تقريبا ، فإنه من المتوقع أن يصل عددهم سنة ١٩٩١ إلى ٧٠ مليون نسمة ، وفى سنة ٢٠١٤ سيكون هناك ١٤٠ مليون نسمة فى تركيا . وهذا فى حالة عدم تنفيذ برامج تنظيم الأسرة . لكن إذا أمكن خفض معدل المواليد إلى ٢ فى المئة فى السنة فإنه فى سنة ٢٠١٤ سيكون عددهم ٩٢ مليون نسمة فقط ، بدلا من ١٤٠ مليونا وهؤلاء الـ ٩٢ مليونا ستكون لديهم فرص أحسن وأكثر لرفع مستوى معيشتهم .

وهناك ميل بين الناس يدعوهم إلى أن يتخيلوا أنه إذا كان معدل الزيادة فى الناتج القومى لبلد من البلاد يزيد على معدل الزيادة فى عدد السكان ، كان معنى هذا زيادة الرخاء فى ذلك البلد لكن ليست هذه هى الحقيقة ؛ لأن الزيادة السكانية ستكون من الأطفال الذين يحتاجون إلى توفير الغذاء والكساء لهم ، بجانب الخدمات الأخرى التى تتطلب نفقات عالية مثل التعليم لمدة ٢٠ سنة ، وذلك قبل أن يستطيعوا الإسهام فى اقتصاد البلاد . والحقيقة أن البلاد لا تبدأ تقدمها من ناحية القدرة الاقتصادية إلا إذا كان معدل الزيادة فى إجمالى الناتج القومى يمثل الزيادة الطبيعية فى السكان عدة مرات .

وفى سنة ١٩٦١ بدأت الترتيبات لإعداد قانون تنظيم الأسرة الجديد الذى كان مرحلة ضرورية لبدء حركة تنظيم الأسرة . وبدأ أيضاً تعاون وثيق بين المسئولين فى وزارة الصحة وبين بعض المواطنين الذين كانت لديهم نظرة بعيدة نحو تفهم المشكلة الكبرى لتركيا . وقامت جمعية تنظيم الأسرة بتقديم عدة محاضرات حول المشكلة السكانية ، ثم عقدت مؤتمراً قوميا لتنظيم الأسرة .

وبناء على طلب الحكومة فإن المجلس السكانى قام بعملية مسح اجتماعى لتعرف معلومات الناس عن تنظيم الأسرة ، ومواقفهم إزاءها ، والوسائل

المستخدمة فى تنظيم الأسرة فى شتى أنحاء البلاد . وقد تم إعداد هذا المسح فى سنة ١٩٦٣ ، وأثبتت التقارير أن الأغلبية الساحقة من السيدات فى المناطق الريفية يرغبن فى أن تتولى الحكومة تنفيذ مشروع تنظيم الأسرة . وقد أظهر الجانب الديموجرافى من هذا المسح أنه من الممكن خفض معدلات المواليد فى تركيا بنسبة ١٠ فى المئة فى خلال خمس سنوات . ومعنى ذلك أنه يجب أن يستخدم مليون زوج وزوجة فى سن الإنجاب وسائل منع الحمل بصفة منتظمة فى خلال مرحلة من الزمن لا تقل عن خمس سنوات .

لذلك فإن قانون تنظيم الاسرة الذى وضع فى أبريل سنة ١٩٦٥ كان نتيجة تعاون الجهود المشتركة بين الحكومة والهيئات الخاصة ، عن طريق عقد الحلقات الدراسية ، والمؤتمرات المتعددة . وتعتمد أسس هذا القانون على أن من حق كل زوجين إنجاب العدد الذى يرغبان فى إنجابه من الأطفال . وأعطى القانون سلطة ومسئولية تكوين برنامج قوى لتنظيم الاسرة لوزارة الصحة بالتنسيق مع الهيئات الرسمية والتطوعية .

وفى ظل هذا القانون تم إنشاء قسم لتنظيم الأسرة ملحق بوزارة الصحة ، ولجنة علمية تقوم بدور استشارى المجلس الطبى الأعلى ، وأعضاؤها من أساتذة الجامعة ووزارة الصحة نفسها . وقد تلا ذلك افتتاح ١٠ عيادات تجريبية لتنظيم الأسرة فى أنحاء متعددة من تركيا . وبعد متابعة استمرت ستة أشهر ، قررت اللجنة العلمية الترخيص ببيع نوعين من وسائل منع الحمل عن طريق الفم فى تركيا ، وسمحت باستخدام اللولب البلاستيك داخل الرحم المعروف باسم « لولب ليبيس » .

ومنذ ذلك الوقت تم الترخيص لوسائل أخرى لمنع الحمل ، ولكن بعد أن تمر بعدة اختبارات عن طريق لجنة وسائل منع الحمل الطبية ، ويتم تحليلها فى معامل الحكومة ، وبعد الحصول على موافقة اللجنة العلمية باستخدامها . والآن فإن حبوب منع الحمل عن طريق الفم والواقى الرحمى يتم تصنيعها

فى تركيا ، وتوجد فى الأسواق أربعة أنواع من وسائل منع الحمل عن طريق الفم . وفى الوقت الحاضر فإن أسلوب العمل الميدانى فى تنظيم الأسرة يجب اعتباره عملا إضافيا ينفذه العاملون فى مستشفيات الولادة وفى مراكز رعاية الأمومة والطفولة ، وفى عيادات أمراض النساء فى المستشفيات المركزية . كما تم تدريب أطباء ٦٣ وحدة صحية فى المناطق المتحضرة فى الشرق ، وهكذا تم إنشاء ٢٥٨ عيادة لتنظيم الأسرة فى كل أنحاء تركيا . وبالإضافة إلى ذلك تم تكوين ثلاث « وحدات متنقلة » لتنظيم الأسرة ، كل واحدة مكونة من سيارتين بمعداتها ، وقد حققت « الوحدات المتنقلة » نجاحا كبيرا فى العمل فى الأحياء الشعبية الفقيرة بالمدن الكبيرة وفى قرى الريف . ومن المحتمل أن يصبح الاتجاه فى استخدام الوحدات المتنقلة عنصراً أكثر أهمية من العيادات الثابتة لتخطيط الأسرة فى تركيا .

ويوجد تعاون وثيق بين الإدارة العامة فى الوزارة وجمعية تنظيم الأسرة فى تركيا ، فقد كانت الجمعية تتولى إدارة عمليات الوحدات المتنقلة فى منطقة كويك قرب أنقرة ، كما تحركت أخيراً إلى كريكال . وقد افتتحت جمعية تنظيم الأسرة ، ومقرها الرئيسى فى أنقرة ، فروعاً لها فى ٢٠ مقاطعة . وقد تضمنت المساعدات الخارجية معونات استشارية من الوكالة الأمريكية للتنمية العالمية . ومن المحتمل أن تؤدى هذه المعونة فى عام ١٩٦٩ إلى تقديم ٤٠٠ عربة إلى البرنامج . (وسوف يسبق تسليمها وضع نظام لتدريب السائقين على قيادتها) ، وقد قدم المجلس السكانى معونة فنية ومادية واسعة النطاق ، بينما قدمت حكومة السويد للبرنامج كميات كبيرة من وسائل منع الحمل .

وفى سنة ١٩٦٧ تم إجراء ٨٩ ألف عملية تركيب للواقى الرحمى، وحوالى ١٣٠ ألفا فى نهاية ١٩٦٨ بلغ عدد العمليات ١٣٠ ألف دولار . ومن هذا المجموع أجريت ١٣ ألف عملية تمت فى مستشفى الولادة بأنقرة التى قامت بدور قيادى في ميدان خدمات تنظيم الأسرة يدعو إلى الإعجاب . وبالإضافة إلى ذلك

تم بيع ٩٠ ألف شريط من حبوب منع الحمل عن طريق الفم شهريا فى عام ١٩٦٨ ، كما وزعت العيادات الثابتة فى أنحاء البلاد ٦٠٠ ألف شريط من حبوب منع الحمل عن طريق الفم من التى قدمتها السويد والمجلس السكانى . وقد حققت الوحدات المتنقلة نجاحا كبيراً فى عامى ١٩٦٧ و ١٩٦٨ ، وخلال ٣ أسابيع قامت الوحدات المتنقلة بتركيب ألفى واق رحمى فى مدينة استامبول .

وأحد مظاهر تنظيم الأسرة فى تركيا هو التعاون الذى يتم بالتحمس الذى يبديه أهل القرى ، والذى يظهر من خلال مناقشاتهم مع الزوار الذين يفـــدون على القرى ليقدموا خدمات لتنظيم الأسرة . وفى تركيا كما هى الحال فى البلاد الأخرى توجد رغبة حقيقية لدى أغلب المتزوجين لعمل شيء ما لتنظيم الأسرة . لذلك فقد تقرر إجراء تحقيق حول هذا الرأى العام .

وقد تم الحصول على أول معلومات فى هذا الصدد فى سنة ١٩٦٣ عندما دعت الحكومة التركية المجلس السكانى لمساعدتها فى إعداد مسح اجتماعى لمعرفة رأى الناس ، ومعلوماتهم حول تنظيم الأسرة والأساليب المستخدمة . ولقد شمل البحث سؤال نحو خمسة آلاف شخص ينتمون إلى ٣٠٠ قرية ومدينة ، وأظهرت الإجابات أن ٦٠ فى المئة من الأسر التركية تريد أسرة مكونة من ٢ إلى ٤ أطفال ، وأن معظم الأزواج الذين تزيد أعمارهم على ٣٠ سنة أو الذين تزوجوا منذ ١٠ سنوات ، لا يريدون مزيداً من الأطفال . وبتتبع آراء الناس إلى مدى أبعد وجد أن ٥٠ فى المئة من السيدات و ٣٣ فى المئة من السيدات و ٣٣ فى المئة من الرجال قد فكروا فعلا فى العدد الذى يريدونه من الاطفال . أما الإجابات الخاصة بمدى معرفتهم بوسائل منع الحمل فقد كانت مثيرة للاهتمام ، فقد كانت تلك الإجابات إيجابية ، وأعرب ٦٧ فى المئة من الريفيين و ٨٧ من سكان المدن عن رغبتهم فى أن يعرفوا المزيد عن وسائل منع الحمل .

واعتماداً على هذه الحقائق فإن الحكومة التركية لم تتردد فى إصدار تشريع

وتنظيم برامج خاصة فى تنظيم الأسرة فى بداية سنة ١٩٦٥ وكان من أهم الأعمال التى واجهت إدارة مشروع تنظيم الأسرة فى تركيا هو البدء فى تدريب موظفى الصحة على تنفيذ برامج تنظيم الأسرة ، وقد بدأ هذا التدريب سريعاً وعندما جاءت سنة ١٩٦٨ كان عدد أطباء أمراض النساء والأطباء الممارسين الذين تلقوا هذا التدريب قد وصل إلى ٤٧٥ طبيباً بالإضافة إلى ٨٠٠ ممرضة ، و ٢٧٠٠ مولدة ويقوم مشرفو الصحة بدور هام فى المساعدة على تثقيف الجمهور ، وقد انتظم ٢٠٧٠ منهم فى فصول دراسية حول تنظيم الأسرة وتقوم الإدارة الآن بتعيين وتدريب مجموعة من العاملين فى الميدان العملى الذين سيقومون بتنفيذ برنامج الخدمة من بيت إلى بيت فى القرى والمدن والعواصم ، وهم فى نفس الوقت سيسدون فراغاً كبيرا عن طريق تقديم نصائح ومتابعة السيدات اللاتى وجدن أى نوع من المتاعب أو المشكلات عندما استخدمن الواقى الرحمى أو تعاطين الحبوب .

إن عملية تثقيف الجماهير وتعليمها هى عملية بالغة الأهمية . والهدف منها هو نشر المعلومات حتى يحصل الجمهور على حقائق مباشرة عن الأسباب التى تدعو لتنظيم الأسرة ووسائل تنظيمها ، وكذلك تعريفهم بمزايا ومضار تلك الوسائل مع التأكيد على أهمية التنظيم فيما يتعلق بصحة الأسرة ورفاهيتها واقتصادها ، وفى الواقع بالنسبة للدولة ككل .

إن أى زيارة إلى قرية تركية سوف تبين ما هى الوسائل التى استخدمت فى نشر تلك المعلومات ، فقد تم تعليق الملصقات الضخمة فى المراكز الصحية ، وفى قاعات الاجتماعات ، وفى مخازن القرية ، لتبين عن طريق الصورة والكتابة الحاجة الملحة إلى تنظيم الأسرة ، كما تسلم كثير من القرويين كتيبات مصورة حول هذا الموضوع تتضمن كل الحقائق عن التكاثر البشرى . أما الآخرون فقد سمعوا عن تنظيم الأسرة من خلال الراديو . وقد نشرت الصحف بصفة خاصة فى الفترة الأخيرة معلومات كثيرة حول هذا الموضوع .

وفى شهر واحد تسلمت كل قرية تركية مجلة مصورة جذابة خصصت كل موضوعاتها لتنظيم الأسرة . وبالإضافة إلى ذلك تقوم الإدارة بإصدار نشرة شهرية موجهة بصفة خاصة إلى قادة المجتمع والحكومة فى المناطق الحضرية والريفية فى تركيا . وعلاوة على ذلك يقام سنوياً معرض كبير فى أزمير . ويزور الآلاف من الزوار القاعة الدائمة التى يعرض فيها على الجمهور جوانب برامج تنظيم الأسرة . كما توزع منشورات على الجمهور حول هذا الموضوع .

وعلى العموم فإن أهم طريقة للحصول على معلومات عن تنظيم الأسرة هى أن تتحدث إحدى السيدات التى قبلت ومارست إحدى طرق منع الحمل ، مع جاراتها حول تلك الوسيلة . وفى أى مجتمع لا تحتاج المقابلة الشخصية إلى تنظيم سابق ، لأنها تتم بطريقة طبيعية ويومية ، وذلك عندما تجتمع السيدات حول بئر القرية ، أو عندما يلتقى الرجال فى المقاهى . وإذا تمت مهمة تثقيف الجماهير بطريقة سليمة وصحيحة ، فإن هذه «الدردشة» غير الرسمية التى تدور حول تنظيم الأسرة ستكون مثمرة بدرجة قصوى . وفى الوقت نفسه فإنه من المحتم أن تظهر شائعات غير صحيحة حول الواقى الرحمى ، أو الحبوب ، أو الوسائل الأخرى لمنع الحمل . وستكون مهمة المثقفين عندئذ تفنيد تلك الشائعات بتقديم رد على بسيط عليها .

وقد ثبت أن أحسن طريقة لنشر التوعية عن تنظيم الأسرة وتنفيذها هى عن طريق « الوحدات المتنقلة » . فهذه الطريقة تنقل الخدمات إلى عتبة أبواب القرويات والتجمعات الكبيرة عند مشارف المدن التركية الرئيسية . وهناك نوعان من الوحدات المتنقلة : واحدة للتثقيف والاستعلامات ، والأخرى للخدمات الطبية . ويتكون فريق التثقيف من المثقفين من الرجال والإناث البالغين ومساعد فنى لتشغيل الفانوس السحرى وأجهزة العرض وقبل البدء فى خدمة مجموعة من القرى فإن الفريق ينظم اجتماعا مع رؤساء مجلس القرية والعمد والقادة الدينيين فى المنطقة كلها وفى هذه الاجتماعات يجرى شرح

تفصيلى لأهداف تنظيم الأسرة وأغراضه ، تعقبه مناقشة حرة ، ونادرا ما تواجه الإدارة بمعارضة مباشرة لبرنامج تنظيم الأسرة فى مثل هذه الاجتماعات .

وهذه الاجتماعات تخلق جواً من التقبل للمشروع . كما تكون مفيدة فى توزيع الملصقات والكتيبات تمهيداً لوصول الفريق الطبى المتنقل إلى القرية بعد أيام .

ويزور فريق التثقيف القرية أولا . ويلتقى الموجه برجال القرية فى المقهى ، فى حين تلتقى الموجهة بالنساء فى قاعة الاجتماعات ، أو فى إحدى المدارس ، أو فى غرفة جلوس واسعة . وفى العادة تتم زيارة ثلاث قرى فى اليوم . ويناقش الموجهون أولا المشكلات العامة للقرية . وستؤدى مناقشة أحد هذه الموضوعات بسهولة إلى فتح موضوع تنظيم الأسرة ، وتجد المثقفات دائماً آذاناً صاغية من القرويات عندما يتحدثن إليهن فى موضوع الإجهاض والمشكلات الصحية الخطيرة التى قد تنجم عنه والتى قد تصل إلى الموت . وفى اجتماعات الرجال يتم التركيز على أهمية الناحية الاقتصادية لأسرهم . ويتم عرض الأفلام والصور عن طريق الفانوس السحرى فى اجتماعات الرجال والنساء لتساعد على توضيح الموضوع ، وجعله مثيرا للانتباه وقبل أن يغادر فريق التثقيف القرية يعد لمجىء الفريق الطبى فى اليوم التالى ، ويقوم بتوزيع مجموعة من الملصقات والكتيبات

وبعد ذلك يحضر الفريق الطبى إلى القرية ، ويتكون من طبيب أمراض نساء وممرضة ومساعدة ممرضة وعيادة متنقلة تشمل مائدة للكشف ومعدات طبية ، وتقام العيادة فى إحدى الوحدات الصحية ، أو فى مدرسة ، حيث يقوم الأطباء بالكشف وإجراء عمليات تركيب الواقى الرحمى ، ويتم إبلاغ جميع النساء بالوسائل المتعددة لتنظيم الأسرة ، أما اختيارهن للوسيلة التى يرغبن فى استخدامها فسيكون بالطبع اختياريا . كما يقوم الأطباء أيضا بتقديم

النصيحة والكشف عن المتزوجين الذين يعانون من العقم . ويعطى كل شخص من الذين قبلوا استخدام وسائل منع الحمل بطاقة تحدد المكان الذى يجب أن يذهب إليه للحصول على استشارة للمتابعة أو للعلاج .

إن أهالى تركيا فخورون بحق بالنتائج العظيمة التى حققتها الوحدات المتنقلة. والأرقام تتكلم عن نفسها ، فقد كان الهدف الذى حدده البرنامج القومى هو إقناع ٥ فى المئة من السيدات اللاتى هن فى سن الإنجاب باستعمال الواقى الرحمى . لكن الوحدات المتنقلة حققت الوصول إلى نسبة من قبول السيدات زاد متوسطها على ٦ فى المئة ، وفى إحدى المناطق التى تمت زيارتها بلغت نسبة السيدات اللاتى قبلن تركيب الواقى الرحمى ١٩ فى المئة من السيدات اللاتى ينتمين إلى تلك المجموعة العمرية .

وقد تم التخطيط لتقديم خدمة مركزة بواسطة الوحدات المتنقلة فى كل من الـ ٦٧ مقاطعة . وكما ذكر من قبل فإن تركيا ستساعد فى هذا العمل مساعدة كبيرة إثر الاتفاق الذى أبرم بين الحكومة ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة ، والذى سيتم عن طريقها تزويد تركيا بأسطول مكون من ٤٠٠ عربة ابتداء من سنة ١٩٦٩ ، وذلك للمساعدة فى تنفيذ برنامج واسع النطاق ، ولتنظيم الأسرة باستخدام أسلوب الوحدات المتنقلة.

وإنه يمكن فقط تحقيق برنامج لتنظيم الأسرة يشمل نطاقه جميع أنحاء البلاد عن طريق الاستعانة بجميع المصادر المتاحة ، الحكومية والإخبارية على حد سواء . ولهذا السبب ، فإن إدارة تنظيم الأسرة تتعاون مع وزارات مثل وزارة الشئون القروية والدفاع والزراعة ، وبالطبع مع كل أقسام وزارة الصحة . والإدارة تقدم المعلومات للعاملين فى تلك الوزارات وتعمل على إشراكهم فى البرنامج كلما أمكن ذلك . أما بالنسبة للهيئات التطوعية فى تركيا فإن جمعية تنظيم الأسرة بتركيا بفروعها العشرين تساعد فى ميدان التثقيف والتوعية . وتقوم الجمعية أيضا بتشغيل بعض العيادات . ويعمل فى هذه العيادات أطباء متطوعون،

كما تتلقى مساعدات عن طريق الأعضاء فى الفروع الإقليمية . وهناك منظمة أخرى صغيرة ، ولكنها تؤدى دوراً قيما ، وهى جمعية السيدات الجامعيات بأنقرة. وتقدم عضواتها المتطوعات الخدمات عن طريق زيارة القرى والضواحى والمصانع لتزويد الناس بالمعلومات حول تنظيم الأسرة وتوجيه السيدات إلى الأماكن التى ينبغى لهن الذهاب إليها للحصول على مثل تلك الخدمات . وفى خلال صيف ١٩٦٧ قامت إحدى العضوات المتطوعات بتخصيص عطلتها الصيفية للعمل التطوعى فى تنظيم الأسرة . ولتحقيق النجاح لمشروع تنظيم الأسرة فى المستقبل يجب أن تنظر إلى المشكلة السكانية على أنها مشكلة قومية تتسم بأقصى درجات الأهمية . ولكن فى الوقت الحاضر فإنها لا تعد كذلك . ومعارضة المشروع لا تأتى من السيدات اللاتى يعشن فى المناطق الريفية ، فإن معظمهن يعرف أنهن اللاتى سيستفدن من وجود برنامج فعال ، بل تأتى فى أغلب الأحيان من السيدات الأكثر تعليما ، ولكن أسىء تثقيفهن فيما يتعلق ببرنامج تنظيم الأسرة .

وتشمل مثل هذه المجموعة الأوساط التجارية فى أسطنبول وأزمير ، والذين يعتقدون خطأ أنه كلما زاد عدد سكان تركيا اتسع نطاق السوق . ولكن عندما تتم مناقشتهم كل على حدة ، فإنهم فى العادة يفهمون على الفور أنه إذا ظل السكان الذين يتزايد عددهم فى حالة فقر وجهل فإن السوق لن تكبر، وإنما هى فى الحقيقة تصغر عما كانت عليه . وفوق ذلك فإنهم عندما يعرفون أنه خلال حياة أولادهم سيصل تعداد تركيا إلى ١٥٠ مليون نفس فإنهم فى العادة يفهمون بسرعة كافية أن مصلحتهم تكمن فى تخفيض نسبة زيادة السكان ، وذلك لإعطاء موارد الغذاء والنمو الاقتصادى فرصة للحاق بالزيادة فى السكان .

وهناك مجموعة أخرى معارضة تميل إلى الاعتقاد بأنه يجب أن يكون عدد السكان كثيرا فى تركيا ليصبح لها جيش كبير العدد، وصوت مسموع فى الشئون الدولية . إننا نقول ببساطة لهؤلاء الناس إن ما يعطى صوتا مسموعا فى الشئون الدولية ، ليس هو حجم الجيش ، بل مدى كفايته . وتوجد شواهد

حديثة توضح كيف أن جيشا صغيرا ، لكنه على درجة كبيرة من الكفاية ومسلح تسليحا جيدا ، يستطيع أن يحقق نصرا سريعا على عدو أكبر منه . وعلى أية حال فالجيوش الحديثة تتطلب قدراً عاليا من التعليم والكفاية الفنية. ومن الأمور التي لها دلالاتها أنه في أي دولة — بما في ذلك تركيا أيضا — فإن الجيش هو أكبر مؤسسة تستخدم العقول الإلكترونية عن أي مؤسسة قومية أخرى .

وهناك بعض الناس الذين يشعرون عندما ينظرون إلى بلد مثل بريطانيا والولايات المتحدة ، أن هذه الدول قد خفضت نسبة مواليدها وحجم أسرها وذلك بالتناسب مع تحسن وضعها الاقتصادى . وتقول وجهة النظر هذه إن كل ما هو مطلوب فى تركيا هو تحسين الوضع الاقتصادى ، عندئذ ينخفض معدل المواليد أتوماتيكيا .

وبالطبع فإن هذا ليس صحيحا . لأنه بالنسبة لوضع تركيا الحالى حيث يوجد معدل مرتفع للمواليد فإن تحسين المستوى الاقتصادى يصبح ممكنا فقط إذا خفض معدل الزيادة فى السكان إلى أقل من ثلث معدل الزيادة في الدخل القومى . ولكن تركيا لم تصل إلى هذه النقطة بعد .

ومن المؤسف أن بعض مجموعات أطباء أمراض النساء يعارضون برنامج تنظيم الأسرة . ومن الصعب تجنب التدخل إلى استنتاج أنهم يشعرون بطريقة ما أنهم مهددون فى أعمالهم نتيجة هذا المشروع . لكن هذه المعارضة تختفى عادة عندما يدرك هؤلاء الأطباء أن تعداد تركيا سوف يزداد بسرعة على أى حال ، وأن أكثر برامج تنظيم الأسرة فعالية سوف يتيح للجهود التى تبذل للتنمية فرصة السبق بسنوات قليلة فقط عن طريق خفض معدل الزيادة فى السكان .

ومن وقت لآخر تظهر دعايات مضادة ذات طبيعة طبية محضة ، ومؤداها أن الواقى الرحمى والحبوب ضارة إلى حد ما ويجب الإجابة على مثل هذه الاتهامات بعناية ، وإن إحدى المهام الرئيسية التى تواجه إدارة تنظيم الأسرة هى أن تتأكد من أن تلك الدعاية الطبية الجاهلة ، والخبيثة أحيانا ، لم تؤد إلى إخافة الناس .

إن التعاون والعمل الجماعي هما الأسلوبان الرئيسيان للعمل داخل الوزارة. فالقادة الحكوميون وأساتذة الجامعة والهيئات الرسمية قد تجمعوا لكي يؤمنوا أن جميع الجهود التي بذلت، صغيرة كانت أو كبيرة، قد اتحدت في جهد تعاوني واحد وكبير، وأن هناك مجالا لكل شخص في برنامج تنظيم الأسرة.

وفي سنة ١٩٦٨ أعطى التثقيف والتوجيه والإعلام — وهي من أهم جوانب البرنامج — أولوية كبيرة في المشروع من بين كل برامجه، ولم تتخذ هذه الخطوة نتيجة وجود معارضة واسعة النطاق في المناطق الريفية في تركيا، لكن لأنه بالرغم من أن الناس يعرفون أن هناك شيئا، أو مشروعا يقدم لهم الخدمات فهم لا يعرفون ما هو؟ وما كنه هذا الشيء؟ وماهي الوسائل؟ ولا كيفية الحصول على هذه الخدمات؟ وفي جميع أنحاء البلاد يطالب الناس بالحصول على معلومات حول تنظيم الأسرة. وكما يحدث غالبا فعندما يدعو أحد الأئمة من أصدقاء المشروع العاملين بتنظيم الأسرة لاستعمال مئذنة الجامع في مدينة صغيرة لدعوة الناس لاجتماع لتنظيم الأسرة، فإن المجموعة التي تحضر يقدر عددها بالمئات. وكان الهدف سنة ١٩٦٨ هو تلبية رغبة الناس في المعرفة، وكذلك مد الخدمات في المناطق الريفية والنائية، وفي المدن الكبرى أيضا.

ومن المؤكد أنه إذا توحدت كل الجهود الحكومية والتطوعية والخاصة فإنه سيتم التوصـــل إلى نتائج عظيمة، لأنه يمكن لتركيا فقط عن طريق تخفيض عدد معدل الزيادة في السكان أن تحقق السعادة لأسرها، وتحقق قوتها الاقتصادية ورفاهيتها.

١٠

تونس: تحرير المرأة وتطوير المجتمع

آمور رالحي

تعتبر مشكلة السيطرة على النمو السكانى هى — فوق أى اعتبار — مسألة مواقف إنسانية ، وليست مسألة أسلوب منع الحمل » . هذا هو رأى الأستاذ أهريلس بجامعة ستانفورد ، وهو يعتقد أن المواقف الإنسانية تتغير بمعدل أقل بكثير من المعدل المطلوب لوقف خطر المجاعة الذى يتهدد العالم .

وبالتأكيد فإن مواقف الإنسان تلعب دوراً حاسماً فى أى خطوة هامة يكون هدفها تحويل المجرى الطبيعى للأحداث الاجتماعية . ومع ذلك فإن البشرية قد مرت بتغيرات عميقة فى مختلف الميادين ، مثل الميدان الثقافى ، والسياسى ، والاقتصادى . وحتى فى ميدان السكان فقد حدثت تغيرات ، كما حدث فى اليابان حيث انخفض معدل المواليد من ٢٧ إلى ١٧ فى الألف مولود فى السنة خلال عشر سنوات فقط .

وفى بعض المجتمعات ينتصر عدم المبالاة والاستسلام لظروف المعيشة المنخفضة بين الناس على الرغبة فى التغلب على الفقر ، وعلى المستوى المعيشى المنخفض والتخلف الثقافى . فى حين أنه فى مجتمعات أخرى نجد أن الناس يتطلعون إلى رفع مستوى معيشتهم ويأملون فى حياة أفضل . وفى هذه المجتمعات فإن تقديم معلومات مناسبة ووسائل فعالة لمنع الحمل يمكن أن يغير تطور النمو السكانى فى الاتجاه المطلوب . والمعتقد أن مثل هذه التغيرات

يمكن أن تحدث فى تونس ، ويرجع الفضل فى ذلك إلى الجهود التى بذلت فى وقت واحد على التنمية الاقتصادية والثقافية ونشر وسائل منع الحمل .

وبتتبع تطوير برنامج تنظيم الأسرة فى تونس ، فإننا سوف نرى أن تشاؤم الأستاذ أهرليس ليس له ما يبرره فى هذه الدولة ، وأن تخفيض معدل المواليد بها على المدى البعيد سوف يبعد شبح الجوع عن أهل هذا البلد . وربما يكون من الصعب تصديق مثل هذا الكلام ، وذلك بسبب التقدم الذى حدث فى اختراع الأدوية الوقائية التى تساعد على خفض معدل الوفيات . ثم إن عدم التوازن بين معدلات المواليد ومعدلات الوفيات يظهر فى نمو فى الزيادة السكانية .

وفى الحقيقة فإنه فى أقل من عشر سنوات تم القضاء عمليا على الأمراض التى كانت مسئولة أساساً عن ارتفاع معدل الوفيات، فالتطعيم ضد : الجدرى ، وشلل الأطفال ، والسل ، والدفتيريا ، والتيتانوس ، أصبح يمارس على نطاق واسع ويؤمن بذلك حياة الكثيرين من الأطفال .

وهناك عوامل أخرى ساعدت فى تونس على خفض نسبة وفيات الأطفال ؛ وهى تحسين مياه الشرب ، وتوفير التغذية السليمة، والإسكان الصحى المناسب ، التى ساعدت على حماية السكان ضد الأمراض .

وتمثل شبكة المنشآت الطبية التى تتكلف ١٢ فى المئة من الميزانية العامة للدولة ، والتى زادت قدرتها ثلاث مرات خلال السنوات العشر الأخيرة ، الحرب ضد الأمراض والموت ، وفى هذه الظروف فقط فإن معدل الوفيات من الممكن أن يتضاءل بسرعة متزايدة. ولقد أثر الانخفاض فى معدلات الوفيات على اتجاهات الأمهات نحو حجم أسرهن ، حتى فى المناطق الريفية . ولما كان إنقاذ الأطفال من المرض والموت يجرى بصورة أكثر فإن الأمهات بدأن فى تغيير غريزتهن الطبيعية التى تدفعهن إلى إيجاد أسر ذات حجم كبير . وعندما

أصبح عدد الأطفال الذين تفقدهم الأسر كبيرا زادت رغبتهن فى استخدام وسائل منع الحمل لتنظيم أسرهن (وسيتم توضيح هذا فى نتائج إحدى الدراسات التى ستجرى مناقشاتها فيما بعد) . ولكل هذه الأسباب — فإننا ننظر إلى مستقبل وسائل منع الحمل فى تونس نظرة متفائلة ، بصرف النظر عن التقدم الذى قد يحققه برنامج تنظيم الأسرة فى الميدان العملى .

وتمثل المبادىء العامة لتحرير المرأة وتقدم المجتمع عن طريق التعليم وتحسين الخدمات الصحية وزيادة العمالة أسس برنامج تنظيم الأسرة فى تونس .

ويعتبر برنامج تنظيم الأسرة فى تونس جانباً من جوانب الخطة العامة لإيجاد توازن بين التقدم الاقتصادى والاجتماعى ، يهدف إلى إتاحة فرص التعليم الابتدائى للجميع ورفع مستوى المعيشة باطراد . ويقوم برنامج تنظيم الأسرة فى تونس على أسس التغييرات القانونية المستنيرة التى حدثت خلال السنوات العشر الماضية فى تونس ، والتى تظهر رغبة السلطات الوطنية القوية فى محاربة التقاليد المتوارثة والترويج لأية إجراءات من شأنها أن ترفع مستوى المعيشة ، من بينها تحديد النسل .

وتعتبر التغيرات والمكاسب القانونية التى حصلت عليها المرأة والأسرة فى تونس من العوامل المثيرة :

١ — الوضع القانونى للمرأة التى تحصل على حقوقها « كمواطنة كاملة » .

٢ — حرية الإعلام عن وسائل منع الحمل وحرية توزيع هذه الوسائل .

٣ — تجميد علاوات الأسرة عند الطفل الرابع ، وذلك لوضع حد للسياسة التى كانت تشجع إنجاب الأطفال ، والتى أرسيت قواعدها فى عهد الحماية .

٤ — تحريم تعدد الزوجات .

٥ — رفع سن الزواج ، على أن تكون عند سن السابعة عشرة بالنسبة للفتاة ، و ٢١ بالنسبة للشاب .

٦ — السماح بالإجهاض القانونى بسبب الظروف الاجتماعية ، وذلك خلال الشهور الثلاثة الأولى للحمل وبعد الطفل الخامس .

وكل هذه الاعتبارات وغيرها ، مثل : حق المرأة فى الانتخاب ، وإنهاء استخدام الحجاب ، والسماح بالاختلاط فى المدارس ، أعطت الأمل فى إقامة برنامج عمل فى مجال تنظيم الأسرة . وإلى جانب كل هذه الظروف الملائمة ، فهناك أيضا عدة حقائق ، وإذا ما أضيف إلى ذلك : الوعظ الدينى المنظم ، وصغر مساحة البلاد ، وسهولة وسائل الاتصال والمواصلات بين الأقاليم ، فإن السيطرة على الزيادة السكانية فى تونس تصبح مشكلة فنية تتعلق بالإعلام ووسائل منع الحمل .

وقد سبق تنفيذ برنامج العمل إجراء المسح الاجتماعى المعتاد لإدراك معلومات واتجاهات السكان نحو وسائل منع الحمل . وقد تبع ذلك إعداد برنامج تجريبى مدته سنتان ، واقتصر تنفيذه على مناطق معينة فى البلاد . وتم التخطيط للمشروع القومى جزئيا على أساس الظروف السكانية للبلد ، وعلى أساس أهداف الخطة القومية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ، كما وضع هذا التخطيط أيضا على أسس وعلى المعلومات التى توصل إليها المسح الاجتماعى ونتائج البرنامج التجريبى . وقد أجرى المسح الاجتماعى الأولى عن طريق سؤال الأزواج والزوجات الذين تم اختيارهم كعينة للبحث من ١٢ مركزاً لرعاية الأمومة والطفولة التى تم اختيارها للبرنامج التجريبى . وقامت بهذا البحث المولدات العاملات فى البرنامج التجريبى تحت إدارة خبير سكانى . وقد ضم هذا البحث ٢١٧٥ شخصا كانوا هدفا لعديد من الأسئلة لتحديد اتجاهاتهم نحو تنظيم الأسرة والعوامل التى تؤثر فى إخصابهم .

وهكذا تم الحصول على معلومات وافرة عن تصرفات وآراء الأزواج

والزوجات فى تونس بالنسبة لوسائل منع الحمل وحجم الأسرة . وقد تم اختيار المولدات لسؤال السيدات فى هذا البحث حتى يمكن كسب ثقتهن بسهولة .

وقد توصلت نتائج التحليل المبدئى لهذا البحث إلى النتائج الآتية :

١ — كانت نسبة الإخصاب ١ر٧ فى المئة بالنسبة للأزواج والزوجات من سن الثلاثين إلى سن ٣٩ سنة .

٢ — كانت الرغبة فى عدم إنجاب عدد أكثر من الأطفال تختلف بطريقة تتناسب عكسيا مع معدلات وفيات الأطفال فى الأسرة .

٣ — كان عدد الأطفال المرغوب فى إنجابهم يتراوح بين ثلاثة وأربعة أطفال فى المتوسط .

٤ — كانت وسائل منع الحمل معروفة سلفا لـ ١٥ فى المئة من السيدات اللاتى تم سؤالهن .

٥ — تزداد الرغبة فى تنظيم الأسرة كلما زاد عدد الأطفال الأحياء فى الأسرة .

ومن النتائج أيضا اتضح أن الأمهات اللاتى لديهن أربعة أطفال على الأقل ، واللاتى يمثلن ٦٢ فى المئة من عينة البحث ، توجد بينهن ٧٠ فى المئة يكتفين بما لديهن ولا يطلبن المزيد من الأطفال ، بل لديهن الاستعداد والرغبة فى استخدام وسائل منع الحمل .

وكانت نتائج هذا البحث والمعلومات التى توصل إليها تتفق مع نتائج البرنامج الذى بدأ فوراً بعد الدراسة التى تمت فى الاثنى عشر مركزاً صحياً من مراكز الطفولة والأمومة الموجودة فى المناطق الحضرية وشبه الريفية .

وقد تقرر عدم تقسيم المراكز بالنسبة لأنواع الطلبات التى تتلقاها لتطبيق الوسائل المختلفة لمنع الحمل ، لأن مثل هذه الخطوة ستعتبر ضد

مبدأ إعطاء كل سيدة الحرية فى اختيار الوسيلة الملائمة لها . وفى بداية البرنامج التجريبى تم اتخاذ قرارات أخرى مثل :

(١) أن تعمل المراكز الصحية لرعاية الأمومة والطفولة على احترام حياء السيدات فى أثناء تقديم خدمات تنظيم الأسرة لهن . وأن تقدم هذه الخدمات بشروط معقولة تشجع على الإقبال على التردد .

(٢) أن تنضم خدمات تنظيم الأسرة إلى أقسام العيادات الخارجية لأمراض النساء ، وذلك حتى يؤخذ فى الاعتبار أن تحديد النسل جزء من الخدمات الصحية للمرأة .

(٣) أن تقدم خدمات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل إلى السيدات مجانا مثل جميع التسهيلات الطبية القومية المتاحة لجميع المواطنين .

والمعتقد فى تونس أن مراكز رعاية الطفولة والأمومة تخلق الجو المثالى لتعليم السيدات كل شىء عن وسائل منع الحمل وتوزيع وسائله . كما أن السيدات يذهبن إلى هذه المراكز بحثا عن الرعاية الصحية لأطفالهن الذين يعانون من نقص التغذية أو المأوى ، ويذهبن إلى هناك لضيقهن بعملية الحمل ، كما يذهبن عند الشك فى حدوث حالات حمل غير مرغوب فيها . إن هذه المراكز فى تونس « أندية صغيرة » تذهب إليها السيدات « للدردشة » والثرثرة ، وفى نفس الوقت لاستشارة الأطباء أو المولدات .

ولقد وضع البرنامج التجريبى أرضية هامة فى ميدان تنظيم الأسرة ، وقد تمتع البرنامج بتأييد حازم من سلطات الحكومة المركزية والإقليمية والمنظمات القومية ، وبصفة خاصة الاتحاد النسائى التونسى الذى وجد أن هذا البرنامج يمثل المرحلة النهائية لتحرير المرأة الكامل .

وتم عقد أول حلقة دراسية فى تونس لمناقشة موضوع تنظيم الأسرة فى يناير

سنة ١٩٦٤ ، وقد افتتحها رسميا وزراء العدل والتعليم والاقتصاد مما أعطاها تأييداً كبيراً ، كما أن تشجيع رئيس الدولة دفع بالتحمس إلى ذروته . وبعد شهور قليلة أصبح تنظيم الأسرة هو الموضوع المفضل للصحافة وللمناقشة فى الاجتماعات العامة . وتبع ذلك زيادة سريعـــة فى الطلبات التى انهالت على عيادات البرنامج ، وزاد بالتالى عدد مراكز الطفولة والأمومة الاثنى عشر التى كانت قد اختيرت لتوزيع الوسائل إلى ٣٦ مركزاً فى خلال شهور قليلة من بداية المشروع لدرجة أن المراكز كانت تنوء بعبء الطلبات عليها ، وفى البداية كانت الوسائل التقليدية مثل الحاجز الذكرى والكريمات والأيروسول متوافرة فى الـ ١٢ مركزاً من مراكز الطفولة والأمومة . وكانت تشرف على توزيعها الممرضات ، وكان صرف حبوب منع الحمل وتركيب الواقى الرحمى محدداً بالمستشفيات الكبرى ؛ وذلك لإجراء التجارب عليه .

على أن الاهتمام الذى أظهره الجمهور والسلطات الإدارية والطبية قد شجع الإدارة الصحية على زيادة خدمات تنظيم الأسرة قبل فترة طويلة من نهاية الفترة التجريبية . وفى بداية شهر فبراير سنة ١٩٦٥ (أى بعد بداية عمل المراكز التجريبية بثمانية أشهر) كان كل أطباء أمراض النساء فى كل المستشفيات فى الجمهورية التونسية يقومون بعمليات تركيب اللولب بجانب عمليات التعقيم للسيدات اللاتى لديهن عدد كبير من الأولاد .

ولتحقيق هذا كان من الضرورى إعداد حلقات دراسية ، وبرامج تدريبية لأطباء أمراض النساء حول وسيلة منع الحمل عن طريق تركيب اللولب داخل الرحم وكانت خدمات تنظيم الأسرة يقتصر القيام بها على العاملين فى ميدان الصحة فقط الذين أخذوا على عاتقهم تعريف الناس بكل شىء عن تحديد النسل ووسائل منع الحمل . هذه الخدمات التى تضمنت القيام بالعمليات الجراحية مجاناً للجمهور ، كانت موضع مناقشة وتفسيرات واسعة النطاق . وقد تم اتخاذ هذا الموقف على أساس التجربة بقصد زيادة معدل انتشار أفكار

ووسائل منع الحمل ولتقدير مدى اتساع وسرعة انتشار البرنامج ؛ فقد تم تقويم النتائج الإجمالية للبرنامج التدريبى ، وبسبب أهمية هذا البرنامج جرى إتقدير دقيق لوسيلة الواقى الرحمى . وكانت النتائج الرئيسية للتقدير كما يلى :

(١) فى أثناء المرحلة التجريبية للمشروع لم تلاحظ أية ردود فعل عدائية ضد البرنامج ، وخصوصا من الناحية الدينية ، لكن يمكن القول بأن الناحية الطبية أبدت تعقلا مبالغا فيه يمكن إرجاعه إلى عدم خبراتها فى هذا المجال .

(٢) فسرت السرعة التى انتشر بها البرنامج إلى وجود تشابه فى المعتقدات واللغات بين الشعب التونسى ، لتوفر أحسن سبل المواصلات والاتصال وسهولتها بجانب التقدم العلمى . (كما لا ينبغى أن يغيب عن أذهاننا جاذبية أى عمل جديد يقدم للناس) .

(٣) وكانت النتائج المبدئية للعمل الميدانى فى البرنامج التجريبى ، بعد مرور سنتين هى ما يأتى :

ا — تمت الإجابة على ٧٠ ألف استشارة طبية لـ ٣٠ ألف سيدة .

ب — تم تركيب « لولب ليبيس » لعشرين ألف سيدة (وكانت السيدات يطلقن على لولب ليبيس اسم (سكوبيديو) ، وكان عدد السيدات اللاتى يستخدمن « الاسكوبيديو » ، أو « قطعة الحظ السعيد » ، يمثل ثلث العدد الإجمالى للسيدات اللاتى تمت خدمتهن بواسطة البرنامج مما يدل على وجود نوع من التفضيل بالنسبة لهذه الوسيلة . وقد ثبت أن اللجنة الطبية كان لها دور فى اتجاه السيدات لهذا الاتجاه . (ويرجع ذلك إلى أن عملية تركيب الوسيلة داخل الرحم تعطى لعمل الطبيب الذى يقوم بها قيمة أكبر من مجرد قيامه بصرف تذكرة طبية لدواء) .

(٤) وفى تحليل لنتائج توصل إليها العاملون فى مستشفيين فى تونس ، تبين

أن من بين ٦٢٢ ١ سيدة استخدمن اللولب ، لمدة تتراوح بين شهر و ١٥ شهراً ، ظهرت نسبة حالات فشل لهذه الوسيلة وصلت إلى ٢٧ فى المئة من هـــذه الحالات . وقد حدث بالنسبة لبعضها حالات حمل بالرغم من وجود اللولب . (ويعتقد الكثيرون أن هذا الرقم يمكن أن يزيد إلى ٢٠ فى المئة من الحالات فى السـنة) .

وفى تقدير ثان للبرنامج التدريبي قـــدمه مركز البحوث الاقتصادية والاجتماعية حول ١٣٫٩١٣ ألف حالة تم تركيب وسيلة الواقى الرحمى لها ، أثبتت الدراسة ثلاثة أمور هامة :

ا ــ كان متوسط سن الزوجات اللاتى اخترن وسيلة الواقى الرحمى هو ٣١ سنة (وكانت السيدات بين سن ٣٥ و ٤٠ سنة يمثلن ٥٠ فى المئة من عينة البحث) .

ب ــ كان متوسط عدد الأولاد ٥٫١ أطفال بين السيدات اللاتى اخترن الواقى الرحمى كوسيلة لمنع الحمل .

د ــ كان أكثر من ٥٠ فى المئة من السيدات اللاتى قبلن الواقى الرحمى كوسيلة لمنع الحمل من زوجات العمال أو العاملين باليومية ، ومعنى ذلك أنهن ينتمين إلى الطبقات الدنيا .

وبالرغم من بساطة الوسائل الفنية والمادية التى استخدمت فى البرنامج التجريبى ، إلا أن نتائجه كانت مشجعة للغاية . . . ولعل من أسباب هذا النجاح إدخال البرنامج فى خدمات مراكز رعاية الأمومة والطفولة ، وما قدمته الهيئات والإدارات المحلية من معونات .

ويجدر بنا الآن أن نناقش الإطار العام وأهداف المشروع القومى .

لقد وضعت تونس برنامجا لخمس سنوات ينتهى مع خطة السنوات العشر اقتناعا منها بأن وضع برنامج قوى لتنظيم الأسرة ينبغي أن يوضع لفترة

طويلة بدرجة كافية ، لكى يسمح الجوانب المختلفة من البرنامج أن تكيف نفسها مع الظروف المحلية ، ولكى تحقق العمليات التى تجرى عمليا مستوى التنمية الكافى لتحقيق نتائج ملموسة .

وهذه الفترة المحددة لها ميزة لأنها تبدأ مع بداية التعداد العام للسكان الذى سوف يساعد على إعطاء تقدير دقيق عن أثر البرنامج على التطور السكانى . وقد وضع هدف الخطة السكانية ، وهو خفض معدلات المواليد من ٤٦ فى الألف سنة ١٩٦٦ إلى ٣٦ فى الألف سنة ١٩٧١ . وهذه الأهداف سوف تتحقق من خلال برنامج يضم ٣٠٠٠٠٠ زوجين ، سيقبل منهم ٢٥٠ ألفا على الأقل استخدام وسيلة منع الحمل داخل الرحم . ويمثل هذا الرقم حوالى خمس السيدات التونسيات من سن ١٢ سنة إلى سن ٤٠ سنة .

وقد تقرر أن تستمر المرحلة الأولى من البرنامج لمدة سنتين (من يونيو سنة ١٩٦٦ إلى يونيو سنة ١٩٦٨) . وتضم هذه المرحلة برنامج عمل فى العيادات وبرنامجا تعليميا . ويهدف برنامج العمل فى العيادات إلى تحقيق الآتى :

(١) إجراء عمليات تركيب الواقى الرحمى لـ ٦٠ ألف سيدة كل سنة .

(٢) توزيع الحاجز الذكرى ، والحبوب ، سواء كوسائل منع الحمل بشكل قائم بذاته ، أو لاستخدامها كوسيلة بديلة ، أو مساعدة ، فى حالات عدم تركيب الواقى الرحمى إذا ما وجدت ظروف صحية تتطلب عدم القيام بتركيبه .

أما البرنامج التعليمى فيتضمن :

١ — حلقات دراسية وحلقات مناقشة للأطباء والممرضات العاملين بوزارة الصحة .

٢ — إنتاج ونشر استخدام الوسائل التعليمية .

وفيما يتعلق بالتنظيم العام للبرنامج ، فقد كان الاهتمام ينصب على إيجاد

أرضية صلبة لمستقبل تنظيم الأسرة فى تونس . ويمكن الوصول إلى هذا الهدف عن طريق تزويد السكان بالمعلومات الحقيقية عن تنظيم الأسرة. وهناك إيمان راسخ بأن أحسن وسيلة للوصول إلى هذا الهدف هو تقديم خدمات تنظيم الأسرة بالتدريج خلال العمل الروتينى اليومى للخدمات الصحية ، مثله ، مثل الخدمات التى تقدم ، كالتطعيم الواقى ،والوسائل الطبية الأخرى الواقية من الأمراض المتوطنة .

وتحت هذه الظروف فإن البرنامج التجريبى الذى حدد له فترة سنتين كمرحلة أولى لا يتضمن شيئا سوى بدء الحملة . والهدف منه المساعدة فى تنفيذ عمل أكثر عمقا بحيث يسير فى خط متواز مع تطور التعليم ورفع مستوى المعيشة الذى ستستمد الحملة منه قوتها والأسس الضرورية لنجاحها .

لذلك فإن برامج العمل لهاتين السنتين تم إعدادهما للتنفيذ على مرحلتين : المرحلة الأولى هى أن تعمل مراكز الأمومة والطفولة ، ومستشفيات الولادة ، وخدمات أمراض النساء ، على أن يكون نشاط تنظيم الأسرة ضمن أهدافها وأعمالها الأساسية بجانب الخدمات الأخرى . وسيؤدى هذا إلى نشر المعلومات المتعلقة باستخدام وسائل منع الحمل بين الراغبين فى استخدامها . وفى نفس الوقت فإن الوحدات المتنقلة ،بما يتوافر لها من حركة مستقلة ذاتية وسريعة ، ستقوم بخدمة المناطق الريفية وشبه الريفية . وستقوم تلك الوحدات التى تتخذ لها مقار فى عواصم الأقاليم ، بتركيب الوسيلة داخل الرحم، بينما ترسل الأزواج والزوجات الذين يبحثون عن أى معلومات أخرى عن تنظيم الأسرة إلى المراكز الصحية الدائمة .

ومعنى ذلك أن هذه الحملات تتكون من :

(١) برنامج متكامل عن طريق إدخال خدمات تنظيم الأسرة فى المراكز الصحية .

(٢) وبرنامج ذاتى مستقل عن طريق الوحدات المتنقلة .

وقد تم تنفيذ البرنامج المتكامل فى ٤٨ مركزاً من مراكز الأمومة والطفولة ، وفى ٧٠ مركزاً من مراكز خدمات الولادة وأمراض النساء ، وفى المدن . وهكذا وجد برنامج تنظيم الأسرة مكانه الطبيعى الملائم فى عيادات الخدمة لما قبل الولادة وبعدها تحت رعاية أطباء أمراض النساء .

ومن المعتقد أن مراكز الأمومة والطفولة تمثل فيها نقط تجمع للأمهات اللاتى يصحبن أطفالهن إليها للفحص الطبى . وبذلك تكون هذه المراكز مع مستشفيات الولادة الأماكن المثالية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة . فمن خلال هذه الخدمات يمكن الوصول للأمهات فى اللحظة النفسية التى يعانين فيها بالذات من مشكلة من مشكلات الإنجاب .

وقد وضعت كل أنواع وسائل منع الحمل دائما تحت طلب الجمهور فى هذه المراكز ، وكذلك زود مشروع تنظيم الأسرة هذه المراكز بكل المعدات والوسائل الطبية اللازمة بالإضافة إلى وسائل منع الحمل .

وقد كانت كل هذه التسهيلات تقدم وتوفر فى المراكز لتشجيع الأطباء والمولدات المسئولين عن العمل فى هذه المراكز ، وإثارة اهتمامهم بالبرنامج ، ولجذب أكبر عدد من المترددات بواسطة الأمهات .

أما البرنامج الذاتى المستقل فقد اعتمد على الوسيلة داخل الرحم فقط ؛ وكانت الوسيلة المستخدمة هى « لولب ليبيس » . وقد عهد بتنفيذ البرنامج إلى ١٣ وحدة متنقلة تزور المراكز الصحية فى الأقاليم متتبعة تنفيذ خطة برنامج قد تم التمهيد له مسبقا . ويتم إبلاغ جدول مواعيد عمل كل فريق من الوحدات المتنقلة إلى السلطات المحلية والممثلين المحليين للهيئات القومية التى تساعد البرنامج وتدعمه عن طريق مده بالأشخاص الذين يقومون بمهمة تثقيف الجماهير فترة نصف الوقت ، وذلك مثل الاتحاد النسائى التونسى .

وفى الفترات التى تتخلل كل زيارة وأخرى من زيارات الوحدات المتنقلة

تقوم المراكز الدائمة الخدمات الصحية بمتابعة السيدات اللاتى يقبلن اللولب كوسيلة لتنظيم الأسرة . فالملاحظة الدقيقة ،والعلاج المبكر للمضاعفات ،وتقديم التأكيدات إلى السيدات اللاتى يعانين من القلق ولم يتحملن اللولب، كل أولئك يمثل الضمان الكبير لنجاح هذه الوسيلة .

البرنامج التدريبى :

خلال تنفيذ البرنامج التدريبى لم يكن من الضرورى توظيف جهود معينة متخصصة فى ميدان الإعلام والتثقيف الجماهيرى . ولأن الوسائل المحدودة التى استخدمت كانت كافية لقيام حركة كبيرة لتنظيم الأسرة،فاقت فى بعض الأحيان قدرة الخدمات التى تقدمها العيادات . أما بالنسبة للمشروع القومى لتنظيم الأسرة ، ونظرا لأهمية أهدافه ، واتساع نطاق عملياته الميدانية فيه،فإنه يجب أن توضع الجهود التعليمية والتثقيفية والإعلامية فى المحل الأول من الأهمية . وقد اعتمدت تونس على الهيئات القومية والسلطات الحكومية للقيام بالإعداد النفسى للجماهير قبل بدء المشروع القومى ، كما اعتمدت أيضا على المساعدات الدولية لإمدادها بالوسائل التعليمية الضرورية وفيما يتعلق بتدريب الأفراد الذين سيعملون فى البرنامج ، فقد تلقت دفعات متلاحقة من الأطباء والمولدات تدريبا منظما فى مراكز المستشفيات الكبرى للعاصمة . وفى نهاية هذه الفترات التدريبية فى العيادات تم تزويد كل طبيب ممارس بالمعدات والوسائل الطبية اللازمة ، ثم طلب منه تقديم تنظيم الأسرة ضمن خدماته .

النتائج :

بعد مرور ١٨ شهرا من العمل أثبت التحليل الموضوعى للبرنامج أنه تم تحقيق قدر معين من الاستقرار فى العمليات الميدانية لتنظيم الأسرة .

ولقد ثبت فى الحقيقة أن عدد السيدات اللاتى كن يحضرن إلى مراكز تنظيم الأسرة ، وعدد الوسائل الرحمية التى تم تركيبها ، ظلت على نفس المستوى الذى كانت عليه فترة البرنامج التجريبى بالرغم من زيادة الوسائل المستخدمة ومع

ذلك فإن استعمال حبوب منع الحمل ، والحاجز الذكرى، قد زادت زيادة كبيرة فتم منع ٧٠٠ر٧٠ دورة طمثية عن طريق الحبوب ، وتم توزيع ٣١١ ألف حاجز ذكرى وذلك خلال الشهور الستة الأولى لسنة ١٩٦٧ ، بالمقارنة إلى ٨٥٠٠ دورة طمثية تم منعها عن طريق الحبوب و ٥٠ ألف حاجز ذكرى تم توزيعها سنة ١٩٦٥ ، وتمثل الزيادة فى مبيعات الحاجز الذكرى التى تمت من خلال الصيدليات الخاصة ، دليلا غير مباشر على انتشار استخدام وسائل منع الحمل بين السكان .

وتوضح البيانات الإحصائية المتعلقة بمدى التقدم الذى أحرزه البرنامج الحالى أنه قد حدثت زيادة بنسبة ٦٦ فى المائة فى عدد السيدات اللاتى يترددن على مراكز تنظيم الأسرة حيث استخدمت ٧٨ ألفا منهن « لولب ليبيس » وهناك تقارير كثيرة حول ردود الفعل ضد اللولب الذى تنسب إليه فى بعض الأحيان كل الأمراض التى تصاب بها السيدة . ولسوء الحظ فإن الدعاية السيئة فى تونس تنتشر بسرعة مثل الدعايات الحميدة تماما . ونظرة نقدية للموقف تسمح لنا بإيعاز هذا الفشل لمجموعة من الأسباب .. ففى المقام الأول فإن انخفاض المعونة التى تقدمها الهيئات القومية جاء نتيجة لتفسير سريع للغاية للنتائج الأولية التى نشرت من إحصاء سنة ١٩٦٦ ، وقد حدد هذا الإحصاء إجمالى السكان بـ ٥ر٤ ملايين نسمة ؛ وهو ما يقابل كثافة سكانية قدرها ٢٨ نسمة لكل كيلو متر مربع .

فقد ساد الشعور فى كثير من الدوائر ذات النفوذ بأن الموقف ليس خطيرا كما هو معتقد ، وأنه ليس هناك أى سبب لمحاولة الحصول على انخفاض مؤقت فى معدل المواليد وبأى ثمن . لذلك فقد اعتبر أنه من الأفضل العمل بطريقة منهجية وتقدمية بالنسبة لتثقيف الجماهير .

وفى المقام الثانى فإن كفاية الوحدات المتنقلة لم تعد كما كان ينبغى أن تكون نتيجة خلوها من البرنامج التثقيفى ، وأخيرا نقص العاملين من الأطباء فى تونس من الممرضات والمولدات وعدم الإدماج الكافى لبرامج تنظيم الأسرة فى خدمات

الصحة العامة الموجودة تمثل فى رأى المؤلف العقبات الرئيسية التى حالت دون نجاح المشروع . فهناك نقص خطير فى عدد الأطباء التونسيين . كما أن الأطباء الأجانب يمارسون الطب فى تونس بمقتضى اتفاقات ثنائية للتعاون المتبادل لفترة لا تزيد على سنتين . وبالرغم من الحلقات الدراسية الكثيرة التى تم تنظيمها لتعريفهم على وسائل منع الحمل المختلفة ، فإن عدم استقرار هذه المجموعة من الأطباء منع البرنامج المتكامل من الوصول إلى أهدافه . ومن المسلم به أن الأطباء يعانون من أعباء عمل كثيرة ، وأنه إذا ما أصبحت الخدمات اليومية فى حالة تشبع ، فإن الأولوية تعطى للمرضى عن وسائل الحمل .

أما بالنسبة للوحدات المتنقلة فإن كفايتها قد قلت نتيجة نقص عدد الأطباء ونقص الإعداد والتمهيد النفسى للناس ، ونتيجة رتابة العمل الذى عهد به إلى الأطباء . وعلى ضوء كل هذه العوامل فإن تونس قررت إعادة النظر فى الموقف كله وتطبيق الإجراءات التصحيحية اللازمة لعمليات البرنامج . ولذلك فإن ما يؤمل الوصول إليه ، ما لم تحقق الأهداف المحددة للبرنامج ، فإنه يجب على الأقل تحقيق معدل تقدم مستمر . وفى الحقيقة .. فإن الأهداف التى تم اختيارها كانت أهدافا طموحة جدا بالنسبة للامكانيات الفنية للبلاد . ولذلك فإن الأكثر واقعية هو إعادة تنظيم البرنامج بقصد تحقيق نتائج فى المدى البعيد .

وفى نفس الوقت فإن تونس سوف تنتظر العدد الكبير من الأطباء التونسيين الذين يجرى تدريبهم ، والذين سوف تدعم بهم الخدمات الصحية للعمل على نشر طرق استخدام وسائل تنظيم الأسرة . وتتضمن الإجراءات التصحيحية التى سيتم تطبيقها ما يلى :

١ — إن عمل الوحدات المتنقلة سوف يعاود نشاطه من خلال تحقيق تنويع أكثر للمهام المسندة إليها . سوف يتم تزويدها ببرنامج تعليمى يقوم به جهاز وظيفى مدرب لهذا الغرض ، وسوف يعمل فى تعاون وثيق مع البرنامج الطبى .

٢ — إدراج برنامج لما بعد الولادة وبعد الإجهاض بالخدمات الخاصة بالولادة وأمراض النساء فى كل المستشفيات التى يتم فيها ٥٠٠ حالة ولادة أو أكثر كل شهر ، وسيتولى متخصص اجتماعى مدرب خصيصاً مسئولية هـذا البرنامج .

٣ — توزيع وسائل منع الحمل من الحبوب والحاجز الذكرى من خلال كل مراكز الصحة الموجودة .

٤ — سوف يتم إنشاء مركز قومى لتنظيم الأسرة ، وستكون أهدافه إجراء البحوث الطبية والسكانية وتدريب العاملين وإنتاج المواد التعليمية . وإذا أخذنا فى الاعتبار النجاح (بالرغم من بطئه) لبرنامج تونس لتنظيم الأسرة وإمكانيات تحسينه ، وإذا أخذنا فى الاعتبار أيضاً التغيرات العميقة التى طرأت على تونس فى السنوات الأخيرة فيما يختص بمشكلات النمو السكانى ، فإنه من المؤكد أن تتغلب تونس على مصاعبها الحالية . وسيتطلب هذا تطوير السياسة المنهجية للعمل والاستفادة بصورة أكبر من الخدمات الصحية. ولأن برنامج تنظيم الأسرة مهم جداً للمستقبل الاقتصادى للبلاد ، فإن النمو السكانى سوف ينخفض إلى حدود معقولة . وسوف يتم ذلك من خلال المثابرة ، ومن خلال كرم الأصدقاء من مؤسسة فورد ومن المجلس السكانى ، اللذين قاما بالتمهيد للخطوات الأولى للبرنامج وتوجيهها ، واللذين لم يهجرا تونس طوال هذه المرحلة ، والطريق الطويل الشاق فى ميدان تنظيم الأسرة .

١١

بورتوريكو : المنجزات فى الشمال الشرقى

أنطونيو هرنانديز توريس

يحسن بنا أن نمهد لهذا الفصل بذكر كلمة موجزة عن بورتوريكو حتى يتسنى لنا أن نفهم تماماً الاتجاهات الراهنة لبرنامج تنظيم الأسرة فيها . إن جزيرة بورتوريكو مستطيلة الشكل ، مساحتها ٣٫٤٣٥ ميلا مربعا ؛ وهى تقع بين خطى عرض ١٧° و ١٨° شمالا وخطى طول ٦٥° و ٦٧° غرباً وتبعد نحو ٢٫٥٠٠ كيلو متر عن نيويورك .

ومنذ نهاية الحرب الأمريكية — الإسبانية سنة ١٨٩٨ ، ظلت بورتوريكو تتطلع إلى معارج الرقى عن طريق النهوض بالتعليم والصحة والاقتصاد ، بالتعاون الوثيق مع الولايات المتحدة . ومنذ ذلك الحين ارتفع متوسط دخل الفرد من ٢٦٨ دولاراً فى عام ١٩٤٠ إلى ٩٣٠ دولارا ، وانخفض معدل وفيات الأطفال من ١١٣ مولوداً فى الألف عام ١٩٤٠ إلى ٤٢ فى الألف عام ١٩٦٥ ، وأخيراً زاد متوسط عمر الفرد بنسبة هائلة من ٣٨ سنة عام ١٩١٠ إلى ٧٠ سنة تقريباً عام ١٩٦٠ ، وتدل التقديرات الحالية على أن عدد سكان الجزيرة يبلغ ٢٫٧ مليون نسمة أى بمعدل ٧٩٤ نسمة لكل ميل مربع وطبقاً للإحصائيات الأخيرة التى أعلنتها إدارة الصحة بالجزيرة ، فإن معدل النمو السكانى وصل إلى ٢٫٤ فى المئة فى السنة، وهذا معناه أن عدد سكان بورتوريكو يتضاعف كل ٣٠ سنة .

ومن أجل تنفيذ البرامج الصحية فيها ، تم تقسيمها إلى خمسة أقاليم ،

وأصبحت عبارة الإقليمية تدل على التنظيم الذى يجرى بمقتضاه تنسيق الطب العلاجى ، والطب الوقائى ، والخدمات الصحية والاجتماعية ، فى نظام موحد داخل إلى منطقة جغرافية معينة . والهدف من هذا التنظيم هو استغلال الضرائب أو التأمينات بأفضل صورة ممكنة . بحيث يمكنها تقديم أعلى مستوى من الخدمات الاجتماعية والصحية .

ويبدأ نظام الخدمة الإقليمية فى بورتوريكو بمراكز الصحة والرعاية المحلية التى تتصل فيما يتعلق بنواحى التشغيل بأحد المستشفيات المركزية ، أو مستشفى المنطقة عن طريق مراكز وسيطة . ويعتبر الإقليم الشمالى الشرقى فى بورتوريكو من أكثر الأقاليم حظا فى البدء بمعظم هذه البرامج الصحية اللازمة ، على الرغم من أن هذا الإقليم هو أكثر الأقاليم الخمسة فى بورتوريكو اكتظاظا بالسكان (مليون نسمة تقريباً) ، ومما ساعد على ذلك وجود مدرسة بورتوريكو الطبية ومنطقة سان جوان الحضرية نفسها فى هذا الإقليم ، وقد أدى هذا دائما إلى تدفق عدد كبير من أحسن الأطباء على هذا الإقليم للعمل به ، كما أدى إلى تحديد الخدمات الصحية الحكومية التى تقدم فى بقية الجزيرة . وقد كان برنامج تنظيم الأسرة من البرامج التى نفذت بنجاح فى هذا الإقليم . وفى سنة ١٩٣٨ أقرت الهيئة التشريعية فى بورتوريكو القانونين رقم ٣٣ ورقم ١٣٦ ، وهما ينصان على أن المطبوعات ، والإعلانات ، والتعليم ، والخدمات الخاصة بوسائل منع الحمل ، لم تعد جريمة يعاقب عليها القانون وقد خول هذان القانونان الإدارة الصحية أن تقدم كل المعلومات والخدمات الخاصة بمنع الحمل للمتزوجين وغير المتزوجين الذين يعيشون معاً . وكانت وسيلة منع الحمل المتاحة فى ذلك الوقت هى عمليات التعقيم الجراحية . على أن هذه القوانين لقيت معارضة من جانب الأخلاقيين ورجال الكنيسة الكاثوليكية ، فرأت الإدارة الصحية أن المصلحة السياسية تقضى بانتهاج سياسة حرية العمل ، فسمحت للأطباء الخصوصيين والممرضات أن ينفذوا البرامج القائمة بمحض إرادتهم وتحت مسئوليتهم ، وكانت سياسة حرية العمل سبباً فى إحباط ما بذل من جهود لتنفيذ برنامج تنظيم الأسرة .

وفى يونيو سنة ١٩٦٤ طلب وكيل الصحة العامة للكومنولث من قسم الولادة وأمراض النساء بالمدرسة الطبية لجامعة بورتوريكو — وضع البرامج فى الإقليم الشمالى الشرقى لتدعيم وتنشيط خدمات تنظيم الأسرة الموجودة به. وهذه الخدمات كانت تؤديها وحدات الصحة العامة والمراكز الصحية وعيادات ما بعد الولادة ، غير أن نطاقها أصبح محدداً للغاية لأسباب مختلفة . وكانت الصعوبات الرئيسية التى واجهت البرنامج القائم تشمل مايلى :

١ — انتهاج سياسة حرة فيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة فى الوحدات الصحية ، فكانت هذه الخدمات تقدم حسبما يتراءى الأطباء والممرضات .

٢ — لم تكن هناك ميزانية لشراء وتوزيع وسائل منع الحمل ، وكانت المترددات على المراكز يدفعن ثمن الوسائل التى توصف لهن فى التذكرة الطبية بالكامل ، ما عدا الحبوب الفوارة التى كانت تصرف بالمجان ؛ (لأن منتجى هذه الحبوب كانوا يقدمونها إلى وزارة الصحة بدون مقابل) . ونتيجة لهذه الظروف انخفض عدد المترددات من المريضات على عيادات ما بعد الولادة إلى أقل من ٥ فى المئة من عدد المرضى الذين كانوا يتلقون رعاية من أقسام الصحة قبل ذلك .

وقد أثبتت التجربة فى ميدان الولادة وأمراض النساء فى الإقليم الشمالى الشرقى تحت إدارة « أدالين ب . ستارزوايت » أن عيادات بحوث ما بعد الولادة فى مركز « باياموں » الصحى ، قد زادت إلى أربعة أضعافها فى أقل من سنة ، وكانت هذه العيادات تستخدم وسائل منع الحمل من حبوب الفم والواقى الرحمى . وكانت الطريقة التى تتبعها أدالين هى وصف حبوب الفم والواقى الرحمى بالمجان للسيدات اللاتى يبدين اهتماما بمنع الحمل فى الفترة التى يدخلن فيها المركز الصحى للولادة . وكانت ممرضات الصحة العامة يقمن يوميا بتوجيه هؤلاء السيدات وتعريفهن بطرق منع الحمل . ولقد بلغ من الإقبال على وسائل منع الحمل أن أصبح من الضرورى زيادة العيادات من واحدة إلى

أربع أسبوعياً ، وكان العامل الرئيسى الذى جذب عدداً كبيراً من السيدات من مرضى النفاس إلى هذه العيادات وإغرائهن باستخدام وسائل منع الحمل ، هى «الكلمة» الطيبة من جانب اللاتى استخدمن وسائل منع الحمل وأبدين رضاهن عن استخدامها ، ولم يستخدم أى نوع آخر من أنواع الدعاية فى ذلك الميدان اللهم إلا التوجيه اليومى لمرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات والأحاديث الدورية التى تدور فى عيادات ما قبل الولادة وبعدها .

وللاستفادة من هذه التجربة وضعت خطة لنشر هذا النوع من الخدمات فى المناطق الأخرى . وتمت الموافقة عليها بواسطة المكتب المحلى لرعاية الأمومة والطفولة . وقد طالبت تلك الخطة بتخصيص ميزانية لشراء وسائل منع الحمل من مختلف الأنواع وشراء ترمومترات لاستخدامها مع وسيلة فترة الأمان ، واستخدام ثمان ممرضات وطبيبين من الصحة العامة للقيام بزيارة أسبوعية لكل مركز من المراكز الصحية الثلاثة عشر الموجودة فى الإقليم الشمالى الشرقى . (استمرت عيادة بيامون فى عملها عن طريق تمويلها بمنح البحث) . وسيتم إعداد خطة أخرى للتوسع فى خدمات الإدارة الصحية بحيث تشمل سان جوان متى أمكن توفير المبالغ اللازمة لمرتبات الموظفين الذين سوف ينضمون إلى هيئة العاملين .

وكان هدف بورتوريكو الأول سنة ١٩٦٣ هو العمل فى وقت واحد فى ثلاثة مجالات محددة هى : التثقيف ، والخدمة ، والبحوث فى ميدان تنظيم الأسرة ؛ ففى مجال التثقيف تم وضع برنامج شامل للتثقيف الصحى الموجه إلى الأسرة للنهوض « بالصحة » بمعناها الواسع ، كما حددته هيئة الصحة العالمية . وكان المأمول أن يتولى طبيب الصحة العامة الملحق بالخدمات الصحية العامة فى كل بلد تقديم مختلف أوجه الثقافة الصحية للأسرة من خلال هذا البرنامج ، وذلك عن طريق استخدام فريق من ممرضات الصحة العامة والمثقفين الصحيين والمتخصصين الاجتماعيين . ويشمل نشاطهم تدريس الثقافة الجنسية فى المدارس

وإرشاد المراهقين ، وإجراء الفحص الطبي على الأجسام قبل الزواج، وتقديم نصائح عن الزواج ، وإعداد الأمهات للولادة وإلقاء محاضرات قبل الولادة وتقديم خدمات تنظيم الأسرة .

وهناك هدف تثقيفي ثان فى البرنامج ، وهو تزويد البرامج الدراسية بمدرسة بورتوريكو الطبية ، ومدرسة الممرضات ، ومدرسة الصحة العامة ، وكليات جامعة بورتوريكو ، بعلوم عن فسيولوجية التكاثر والتربية الجنسية واستشارات ما قبل الزواج وتنظيم الأسرة وموضوعات أخرى فى هذا الميدان ، وتقديمها عن طريق المحاضرات والأفلام السينمائية والمناظرات ، مع الاهتمام بالمناقشات غير الرسمية ، والفكرة الأساسية وراء هذا البرنامج هى إثارة التفكير الإيجابى فى مشكلات المجتمع بين مجموعة من المثقفين الذين يتم جذبهم للمشاركة فى القرارات الكبيرة الخاصة بالمجتمع الذى يعيشون فيه ، وفى نفس الوقت خلق قيادات من هؤلاء الطلبة تقوم بدور أساسى بناء فى البرامج التثقيفية فى ميدان تنظيم الأسرة .

وهناك أيضا هدف تثقيفى ثالث ، هو مساعدة البلاد الأخرى فى وضع برامج مماثلة عن طريق تدريب وتعليم العاملين فى ميدان تنظيم الأسرة .

أما المجال الثانى الذى تهتم به بورتوريكو ، فهو مجال الخدمات :

وفى هذا المجال تم وضع خطة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة مجاناً من خلال : المراكز الصحية ، والوحدات الصحية ، والمراكز الطبية ، على أن يتاح لكل سيدة حرية اختيار الوسيلة المناسبة من وسائل منع الحمل بحيث يمكنها الحصول عليها وتسلمها من العيادات الخارجية للإدارة الصحية .

ونصت الخطة كذلك على ضرورة تنظيم أحاديث غير رسمية لإقناع الزوجات فى عيادات ما قبل الولادة ، وفى أثناء الولادة ، وبعد الولادة ، بضرورة وأهمية تنظيم الأسرة ، ومزايا ومضار كل وسيلة من وسائل منع

الحمل ، وتشجيع كل سيدة على حرية الاختيار بالاتفاق المسبق مع زوجها ، بعد تلقى التوجيهات من الممرضة أو الطبيب الخاص بتنظيم الأسرة .

وكان الهدف الثالث فى مجالات اهتمام بورتوريكو هو ميدان البحث . وفى هذا المجال تم إعداد خطة محكمة حول مختلف الموضوعات التى تساعد على تقدم بورتوريكو والعالم فى المستقبل ، ولذلك تدور معظم البحوث حول النواحى الاجتماعية والاقتصادية والانثروبولوجية والثقافية المتصلة بمشكلات السكان ، كما تتضمن البحوث مشروعات أخرى عن وسائل منع الحمل الحديثة ، مثل : « الحبوب » ، « والواقى الرحمى » . وهنا يطالعنا هذا السؤال :

إلى أى مدى نجحت بورتوريكو فى تحقيق هذه الأهداف الأولية ؟ إذا تناولنا الناحية التثقيفية وجدنا أن طلبة الطب فى السنة الثالثة بالمدرسة الطبية يتلقون ٢٤ درسا فى تنظيم الأسرة خلال عام دراسى كامل . وذلك عن طريق المحاضرات والأفلام السينمائية والاجتماعية التى تتم فى المناطق الريفية والمناقشات مع الأسر ، أما طلبة السنة الرابعة بالمدرسة الطبية فيزورون حوالى عشر عيادات لمراكز ما بعد الولادة التى تستخدم فيها كل وسائل منع الحمل باختلاف أنواعها ، ومن المرغوب فيه أن يتدرب الطلبة على عمليات تركيب « الواقى الرحمى » .

وفى ٨ ديسمبر سنة ١٩٦٧ بدأت مدرسة الممرضات ، وتلقت فيها طالبات السنة النهائية المحاضرات ، وشاهدن الأفلام السينمائية ، وتدربن فى العيادات . وفى هذه المدرسة تتلقى الطالبات ثمان محاضرات ، ويتدربن عمليا أربع ساعات فى العيادات .

وفى مدرسة الصحة العامة بدأ طلبة الماجستير فى الصحة العامة منذ سنة ١٩٦٣ فى تلقى خمس عشرة محاضرة فى الدراسات السكانية وتنظيم الأسرة ، وابتداء من يناير سنة ١٩٦٨ سوف يبدأ طلبة الماجستير المتخصصون فى دراسة السكان فى تلقى ثمانية دروس عن فسيولوجية التناسل ، وتاريخ وسائل منع الحمل وطرق عملها .

وفى هذا الموضوع نظم قسم الدراسات العامة لجامعة بورتوريكو منذ ١٩٦٧ محاضرة تستغرق أربع ساعات تلقى على الطلبة المقيدين بقسم التربية . وفى سنة ١٩٦٧ كانت هذه المحاضرة يدور معظمها حول الاتجاهات الحديثة فى تنظيم الأسرة . وفى بداية ١٩٦٨ تركزت المحاضرة فى علوم أخرى مثل : التشريح ، وفسيولوجية الجهاز التناسلى ، والحمل ، وانحباس الطمث ، ونزيف الرحم غير الطبيعى ، واستشارات ما قبل الزواج .

وقد ساعدت بورتوريكو الدول الأخرى المهتمة بهذا المجال . ففى ١٩٦٧ أتيحت لها الفرصة لإظهار الجهود العملية التى قامت بها فى برامج عيادات ما قبل الولادة وبعدها ، وذلك لاثنى عشر طبيبا من مختلف أنحاء جمهورية الدومينيكان على شكل مجموعات مكونة من اثنين إلى ثلاثة أطباء . وقد قامت هذه المجموعات بالتعرف على الناحية الطبية والإدارية فى عيادات بورتوريكو خلال أسبوع . وشرع هؤلاء الأطباء حديثا فى تنفيذ « برنامج ما بعد الولادة » فى بلادهم . وقد حققت وكالة الولايات المتحدة للتنمية نجاحاً كبيراً فى مجال الخدمات الصحية فى جمهورية الدومينيكان . ولاشك أن بورتوريكو ترحب هى الأخرى بهذا النوع من النشاط والخدمات ، وقد اشتركنا أيضا كمستشارين فى المكتب الأمريكى لوسط أمريكا وبنما ، ومقره فى أمريكا الوسطى .

وفى مجال الخدمات يمكن أن نقول إن برنامج تنظيم الأسرة لما بعد الولادة قد بدأ رسمياً فى الإقليم الشمالى الشرقى خلال يناير ١٩٦٥ ، وقدمت البرامج التثقيفية والخدمات فى كل العيادات التى كانت تفتح بانتظام وتزداد كلما توافر العدد الكافى من الممرضات والأطباء . وإلى جانب برنامج « ما بعد الولادة » سار برنامج توفير الخدمات الإقليمية للولادة وأمراض النساء للناس . وقد بدا واضحاً أن هذين البرنامجين يمكن التنسيق بينهما بحيث يمكن لكل الممرضات العمل فيهما معاً تحت برنامج موحد . وعندما أصبحت وسائل منع الحمل متوافرة ، بدأت خدمات تنظيم الأسرة فى ١٤ مدينة فى الإقليم

الشمالى الشرقى فى يونيو سنة ١٩٦٥ . ثم بدأ فى أكتوبر سنة ١٩٦٥ البرنامج الموحد بانضمام أربع ممرضات متخصصات فى الولادة كن يعملن فى كل مراكز الصحة بالإقليم الشمالى الشرقى بعد أن حصلن على خبرة عظيمة ، وبذلك تم إمداد هذا البرنامج باثنتى عشرة ممرضة ، مما جعل من السهل تقديم هاتين الخدمتين فى منطقة سان جوان الحضرية نفسها . وكانت كل ممرضة تعين فى مركزين صحيين وتقسم وقتها بينهما . كما اشترك فى العمل فى عيادات تنظيم الاسرة ثلاثة أطباء مع اثنتى عشرة ممرضة من ممرضات برنامج الإقليم الشمالى الشرقى . وكانت منطقة سان جوان الحضرية تشهد ١٤ فترة عمل فى العيادة خلال الأسبوع ، كل فترة منها تستغرق أربع ساعات ، وكان مخصصاً لكل عيادة : طبيب ومعه ثلاث ممرضات. أما باقى ساعات الأسبوع فإن الممرضات كن يقمن خلالها بمتابعة أى مضاعفات حدثت نتيجة استخدام الحبوب ، وكذلك متابعة سجلات العيادة .

وابتداء من أكتوبر سنة ١٩٦٧ ارتفع عدد السيدات اللاتى استخدمن حبوب منع الحمل فى بورتوريكو إلى ١٢ ألف سيدة ، وأصبح عدد اللاتى اخترن الواقى الرحمى عشرة آلاف ، فى حين استخدمت ١٥٠٠ سيدة وسائل أخرى لمنع الحمل . وبلغت نسبة المرضى اللاتى اخترن الواقى الرحمى وحبوب الفم ٩٥ فى المئة من الحالات ، واختار ٥ فى المئة فقط وسائل أخرى . وفى كثير من الأحيان كان اختيار السيدة للوسيلة يعتمد على رأى الأطباء أو الممرضات ، وذلك لمساعدتها على استعمال الوسيلة التى تفضلها أكثر . وكان الكريم والحبوب الفوارة تستخدم مؤقتا فى أغلب الحالات حتى تستعد السيدة نفسيا لاستخدام حبوب الفم أو الواقى الرحمى . على أن وسيلة فترة الأمان لم تنجح فى عيادات تنظيم الأسرة بالرغم من تعاون القسس المحليين والعلماء الكاثوليك والأشخاص المسئولين عن برنامج ما بعد الولادة فى الدعاية لهذه الوسيلة .

وسوف يصبح من الممكن القيام بجهود إضافية لتثقيف الناس فى القرية

الجنسية واستشارات ما قبل الزواج ، والاستعداد لمولد الطفل ، وذلك عندما تتوافر المبالغ اللازمة لتجنيد العدد المدرب من الموظفين .

ومنذ سنة ١٩٥٧ بدأت بحوث فعلية بمستشفى رايدر التذكارى فى ماما كو ببورتوريكو على منتجات شركة سيرك من حبوب منع الحمل ، الاينوفيد والاوفيواين، وكذلك على مركبات اخرى لشركة أورثو . ومنذ سنة ١٩٦٣ تمكنت بورتوريكو بمساعدة المجلس السكانى الأمريكى من المساهمة فى عمل إحصائيات لتقييم الوسائل الرحمية لمنع الحمل أى « الواق الرحمى » ، وفى يناير ١٩٦٤ تم الاتفاق مع شركة وايث على البدء فى تجربة أقراص تحتوى على نورجستريل ومسترانول ، واختبرت فاعلية هذه الأقراص ومدى تقبلها وأعراضها الجانبية، وكذلك حدوث الحمل بعد إبطال استعمالها . ومنذ بدأ البحث استخدمت ٨٠٠ سيدة هذا العقار ، وقد أعطى نتائج حسنة فلم يحدث حمل كما كانت الأعراض الثانوية مثل الغثيان والصداع قليلة جداً .

وفى أبريل ١٩٦٦ وافق المجلس السكانى على مشروعين : الأول عن آثار استخدام وسائل منع الحمل مثل: الحبوب واللواب . والآخر عبارة عن دراسة عن برنامج عيادات ما بعد الولادة فى منطقة حضرية ، ولم يؤد كل من هذين المشروعين إلى دعم برنامج تنظيم الأسرة فقط ، وإنما أديا أيضاً إلى توسيع مجالات النشاط والتعليم فى بورتوريكو .

وفى مارس ١٩٦٧ بدىء فى استعمال مستحضر لشركة وايث يحتوى القرص منه على جرعة صغيرة من مادة النورجستريل بدون أن يحتوى على مادة الايستروين ، ويتعاطى على هيئة قرص واحد يومياً باستمرار ، وحتى أواخر سنة ١٩٦٧ استعمل المستحضر ٢٠٠ سيدة ، وكان ٧٠ فى المئة منهن قد استخدمن الحبوب لأكثر من سبعة أشهر .

وفى يناير ١٩٦٨ بدىء بتجربة منع الحمل بواسطة الحقن على ١٠٠

سيدة ، أعطيت كل واحدة منهن ٤٠٠ مليجرام من مادة «ديبو ـ بروفيرا» وهى أيضاً (أحد مستحضرات البروجسترين) فى العضل كل ستة أشهر ، لاختبار قدرة هذا المستحضر على منع الحمل وتقبله وأعراضه الثانوية وحدوث الحمل بعد إبطال استعماله .

وبالإضافة إلى برنامج الإقليم الشمالى الشرقى ، توجد أيضا عدة منظمات خاصة مسئولة عن برامج تنظيم الأسرة . فمنذ سنة ١٩٦٩ مثلا خصص مكتب الفرص الاقتصادية منحة قدرها أكثر من مليون دولار لجمعية تنظيم الأسرة فى بورتوريكو للإنفاق على برامج تنظيم الأسرة فى جميع أنحاء الجزيرة ما عدا الإقليم الشمالى الشرقى . والجدير بالذكر أن هذه الجمعية ذات شخصية ذاتية مستقلة ، ساهمت بقدر كبير فى أنشطة تحديد النسل فى بورتوريكو لعدة سنوات . ففى يونيو ١٩٦٧ قدمت هذه الجمعية خدماتها لـ ٢٠ ألف سيدة ، ١٠ فى المئة منهن تم تركيب الواقى الرحمى لهن ، و ٦٩ فى المئة تناولن الحبوب و ٢١ فى المئة استخدمن وسائل أخرى مثل الحبوب الفوارة والحاجز الواقى . وكان سبب قلة حالات الواقى الرحمى يرجع إلى عدم كفاية الأطباء المدربين .

وفى الجزيرة عدد قليل من المستشفيات غير الكاثوليكية التى تضم عيادات لتنظيم الأسرة تتقاضى أجراً ضئيلا من المرضى ، وكذلك قام عدد قليل من الأطباء الخصوصيين بتزويد خدمات تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة مثل الحبوب والواقى الرحمى كجزء من الرعاية الصحية لمرضاهم الخصوصيين .

وفيما يتعلق بعدد العاملين فى برنامج تنظيم الأسرة فى الإقليم الشمالى الشرقى وتكاليفه ، نجد أنه تم فى سنة ١٩٦٥ تعيين ١٢ ممرضة ، وطبيبين ، وعندما جاءت سنة ١٩٦٧ وصل العدد إلى ثلاث عشرة ممرضة ، وستة أطباء ، يتقاضون أجورهم من ميزانية الحكومة . وسمحت المبالغ المخصصة للمشروع من المجلس السكانى بتعيين مشرف على البرنامج وخمسة من الباحثين وكاتب إحصائى

وسكرتير ، ويتكلف المشروع ٢٦ دولارا فى السنة لكل مترددة ، سواء استخدمت الحبوب أو الواقى الرحمى . وهذا المبلغ يتضمن أيضاً مصروفات الإنفاق على الموظفين والمعونات والانتقال وأدوات التعليم والمعدات والمصروفات النثرية .

ومن جراء هذا النشاط انخفض معدل المواليد فى الإقليم الشمالى الشرقى من ٣٢ر٤ فى المئة سنة ١٩٦٠ إلى ٢٩ر١ فى المئة سنة ١٩٦٦ . وانخفض فيما عداه من ٣٢ر٢ فى المئة سنة ١٩٦٠ إلى ٢٩ر١ سنة ١٩٦٦ . وبالاختصار يمكن أن يقال إن بورتوريكو كغيرها من البلاد الأخرى الكثيرة تعانى من مشكلتين : مشكلة تنظيم الأسرة ، والمشكلة السكانية ، ومن الواضح أن بورتوريكو أمامها طريق طويل للعمل الشاق المتواصل . فمازالت هناك حاجة ملحة لتوصيل معلومات أكثر عن تنظيم الأسرة لكل أبنائها على اختلاف أعمارهم حيث يتطلع المجتمع البورتوريكى إلى مزيد من التقدم ، وقد أدركت مدرسة بورتوريكو الطبية من خلال أقسام الولادة وأمراض النساء بها ، ومدرسة الصحة العامة ، هذا الموقف ، فشرعتا فى تنفيذ برامج جديدة منذ سنة ١٩٦٤ فى الإقليم الشمالى الشرقى . ومن الواضح أن هذه البرامج يجب أن يتم التنسيق بينها وبين « الإدارة التعليمية » والأجهزة الخاصة الأخرى . لكن إدارة العمل فيها يجب أن تتم كما يحدث فى الخدمات الصحية ، أى من خلال وحدات المراكز الصحية ، لأن هذه الخدمات عندما تكون فى أيدى المؤسسات الخاصة فقط ، فإن تكاليفها تكون أكثر وعمرها أقصر ، نتيجة نقص الإمكانيات والأشخاص المدربين . ولم تحدد بعد حكومة بورتوريكو بصراحة سياستها السكانية الحاضرة ، أو المستقبلة ، أو سياستها فى تنظيم الأسرة ، بالرغم من ارتفاع معدل نمو السكان بصورة مروعة . ومع ذلك لا توجد معوقات روتينية فى المستشفيات الحكومية أو البلدية التى تقدم خدمات تنظيم الأسرة . وقد ساندت الإدارة الصحية برنامج تنظيم الأسرة بعد الولادة عن طريق قسم الولادة وأمراض النساء ، والخدمات الصحية والإقليمية بالإقليم الشمالى الشرقى .

وقد تقبل المرضى والأطباء وكبار موظفى الحكومة بالتدريج فكرة تنظيم الأسرة والحد من عدد السكان كجزء لايتجزأ من تدابير الصحة العامة، والتقدم الاقتصادى والاجتماعى، واتجهت المستشفيات الحكومية خطة أكثر تساهلاً تجاه مسألة التعقيم. ومنذ ١٩٦٦ قامت إحدى الجمعيات الخاصة التى تتلقى إعانة من الحكومة الفدرالية بتنفيذ برنامج لتحديد النسل فيما عدا الإقليم الشمالى الشرقى.

ويؤخذ من البحث الذى أجرته شركة دافى وكيتنج وكوابن، أن «المعلومات التى تجمعت حتى سنة ١٩٦٧ تدل على أن الصيدليات سوف توزع عن طريق التذاكر الطبية ٣٦٠٫٠٠٠ شريط يحتوى كل منها على ٢٠ حبة من حبوب منع الحمل». وتدل التقديرات الأولية على أن ٢٥٫٠٠٠ ألف سيدة فى الجزيرة كلها يستخدمن الحبوب لمنع الحمل.

١٢

جامايكا : أزمة فى جزيرة صغيرة

ل . ك . ويليامز

جامايكا جزيرة فى البحر الكاريبى على مسافة ٩٠ ميلا جنوب الطرف الشرقى لكوبا ، وعلى مسافة مئة ميل غرب تاهيتى . وهى تعانى كثيراً من مشكلات الدول النامية فى النصف الغربى من الكرة الأرضية . ومن أبرز هذه المشكلات ارتفاع معدل المواليد الذى وصل فى جامايكا إلى ٣٨٫٨ فى الألف مولود فى السنة ، فى حين استمر معدل الوفيات فى الانخفاض بانتظام حتى وصل اليوم إلى ٧٫٧ فى الألف فى السنة ، وهو معدل من أقل المعدلات فى هذا النصف من الكرة الأرضية .

أما معدل الزيادة الطبيعية فى عدد السكان فهو ٣٫١ فى المئة . ونظراً لأن فرص الهجرة (نسبة كبيرة من السكان يهاجرون إلى بريطانيا) قد تم تقييدها بسبب قانون الهجرة لدول الكومونولث الصادر فى سنة ١٩٦٢ ، فإن المعدل الفعلى للنمو السكانى يقارب معدل الزيادة الطبيعية ، وهو ٢٫٨ فى المئة .

وقد زاد تعداد السكان الذى وصل سنة ١٩٠٠ إلى ٧٥٠٫٠٠٠ نسمة إلى ثلاثة أضعاف فأصبح مليونا و٨٦٠ ألف نسمة فى سنة ١٩٦٧ . وفى سنة ١٩٧٠ سوف يصل إلى مليونى نسمة ، وسيتضاعف خلال الـ ٢٧ سنة القادمة .

وإذا شئنا التفصيل فإن نسبة عالية من السكان يعيشون عالة على غيرهم : ٤٢ فى المئة منهم أقل من ١٥ سنة ، و ٤ فى المئة فوق سن الستين (إحصاء ١٩٦٠) . ومن بين الـ ٥٤ فى المئة من السكان الذين بلغوا سن العمل (من

٥١ إلى ٦٠) لا يوجد سوى ٤١ فى المئة فقط يستطيعون أن يعولوا غيرهم .

إن جامايكا جزيرة صغيرة تبلغ مساحتها أربعة آلاف و٢٤٣ ميلا مربعا . وأرضها شديدة الوعورة لأنها جبلية ، ولذلك فإن المساحة الصالحة للزراعة أقل من ثلث المساحة الكلية . ولما كانت جامايكا بلداً زراعيا فى المقام الاول تشتغل فيه ثلث القوة العاملة بالزراعة ، فقد اتضح منذ عدة سنين أن الاقتصاد الزراعى لا يمكن أن يعول عدداً من السكان يتزايد بسرعة . على أن التصنيع ليس إلا حلا جزئياً لمشكلة البطالة فى جامايكا التى تبلغ نسبتها ١٣ فى المئة على الأقل ، والدليل على ذلك أن توفير وظيفة واحدة لعامل واحد يتطلب استثمار ٧٫٠٠٠ جنيه .

تنظيم الأسرة البداية الأولى :

فى يونيو ١٩٣٩ تألفت فى كنجستون رابطة جامايكا لتحديد النسل التى أصبح اسمها فيما بعد « رابطة جامايكا لتنظيم الأسرة » . وكانت هذه الرابطة أول محاولة منظمة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة فى الجزيرة. وقد عكس تغيير اسم الرابطة مدى الحذر الذى صاحب أولى خطوات نشاطها . ولقد اعتمدت حركة تنظيم الأسرة فى جامايكا على نظام التطوع وعلى التبرعات التى كان يمدها بها عدد من الزعماء الذين يعملون فى نواحى الحياة المختلفة . وكانت هذه الخدمات تقدم عند الطلب إلى عيادات الخدمة القائمة ، وأشهرها جمعية رعاية الطفل التى كانت تسمى أيضا عيادة الأمهات ، ومقرها كنجستون .

على أن مشروع تنظيم الأسرة فى جامايكا كسب أرضا صلبة فى سنة ١٩٥٠ عندما بدأت أبرشية سانت آن العمل فى ميدان تنظيم الأسرة ، وعقب ذلك مباشرة أنشئت عيادة « بث جاكوب » لتنظيم الأسرة ، وكانت تقوم بإعانتها وتمويلها جمعية سانت آن للرعاية الاجتماعية . ثم اتسعت أعمال هذه العيادة وانتشرت . وفى سنة ١٩٦٤ وحدت أعمالها مع مركز تنظيم الأسرة فى كنجستون وأطلق عليها معا اسم جمعية جامايكا لتنظيم الأسرة ومقرها الرئيسى

سانت آن . وأسهم الاتحاد النسائي أيضا في إيجاد اتجاهات إيجابية نحو تنظيم الأسرة عندما ناضل بالدعوة لجعله وسيلة مقبولة ومشروعة من وسائل الحياة ، وفي نهاية سنة ١٩٦٤ كانت كل من جمعية جامايكا لتنظيم الأسرة وجمعية رعاية الطفولة تقوم بكل خدمات تنظيم الأسرة في جامايكا .

وفي أثناء عامي ١٩٥٦ و ١٩٥٧ جرى بحث عن الإخصاب في جامايكا ، وشكلت لجنة برياسة المرحوم الكولونيل « كورني » على أساس الخدمات التي تقوم بها كل الهيئات التي لها صلة بتنظيم الأسرة والرعاية الاجتماعية ، مثل : المهنة الطبية ، ونقابات العمال والصناعة ، والحزبين السياسيين الرئيسيين في جامايكا ، والهيئات المعنية بالشئون التعليمية والرعاية الاجتماعية ، ورجال الكنيسة . ولإتمام هذا البحث اختيرت عينات تم استجوابها على أساس نفس التجربة التي قامت سنة ١٩٥٣ حول بحث لعينات السكان في جامايكا . وخلال البحث سئلت ١٤٠٠ سيدة من الطبقة الدنيا ، وكان السبب في اختيار هذه العينة هو أن هذه الفئة تعاني من مشكلات كثرة الأولاد أكثر من غيرها .

وسوف نعرض هنا بعض نتائج بحث الإخصاب ، لأنها — بلا شك — سوف تساعد على فهم المشاكل المتعلقة بكل محاولة لتحديد الإخصاب والسيطرة عليه في جامايكا :

أثبت البحث أن ٢٢ في المئة من هؤلاء السيدات متزوجات شرعيا ، وأن ٤٤ في المئة منهن متزوجات عرفيا . أما باقي النساء فكن على علاقات تقوم على الزيارة وتختلف في درجة الاستقرار ، وكان متوسط عمر الإناث ، عندما مارسن أول علاقة جنسية ، يتراوح بين ١٦ و ١٧ سنة ، وبدأ ٢٠ في المئة منهن حياتهن الجنسية في سن ١٥ سنة . وكان مستواهن التعليمي يقف عند المدرسة الابتدائية فقط ، ولم تكن عادة قراءة الصحف منتشرة بينهن ، ولكن ذلك العامل لم يكن يمنع انتشار المعلومات بينهن ، وإن كان يشير إلى بعض الأسس التي يمكن أن يقوم عليها برنامج التثقيف . ذلك أن التثقيف في ميدان تنظيم الأسرة يجب أن يستمر بانتظام حتى يأتي بالنتائج المرجوة منه .

وقد أثبتت نتائج البحث تفاؤلا واضحاً بالنسبة لاتجاه السيدات نحو

تنظيم الأسرة واقتناعهن به . فقد أعربت أغلبية السيدات عن رغبتهن فى أن تكون ظروف أطفالهن فى الحياة أحسن من ظروفهن . ولم تظهر رغبة خاصة بين نساء جامايكا فى تكوين أسرة كبيرة العدد ، بل إن هؤلاء النساء أعربن عن رغبتهن فى تكوين أسرة لا تزيد فى حجمها عنها فى الولايات المتحدة .

وكانت هذه النتيجة اكتشافا هاماً فى البحث (يخالف اتجاه التفكير الحالى فى جزر الهند الغربية) .

ويسود اعتقاد بين الطبقات المتوسطة والعليا فى جامايكا بأن نساء الطبقات الدنيا لديهن رغبة شديدة فى إنجاب عدد كبير من الأطفال . أما دواعى هذه الرغبة المزعومة فهى تتراوح بين أسباب دينية وأسباب عصابية .

البرنامج القومى

لقد كانت أول إشارة تدل على بدء اشتراك الحكومة فى حل مشكلات الإخصاب والسيطرة عليها فى جامايكا هى التى بدرت فى سنة ١٩٦٣ عندما قررت الحكومة أن تكون هذه المشكلة ضمن سياستها فى خطة الاستقلال الخمسية من ٦٣ — ١٩٦٨ . ووفق هذه الخطة قررت الحكومة أن تأخذ على عاتقها مسئولية نشر الوعى بالآثار الضارة التى سوف تنجم عن النمو السريع للسكان وضغط السكان فى الجزيرة والمشكلات الطبيعية التى تترتب على ذلك ، وكذلك توعية الناس بما لكثرة إنجاب الأطفال من أثر ضار فى حياة ورخاء أفراد الأسرة . وفى هذا السبيل قررت الحكومة تشجيع انتشار المعلومات والوسائل التى يجب اتباعها لإيجاد فترة بين ولادة طفل وآخر ، أو تحديد عدد أفراد الأسرة .

وفى أبريل سنة ١٩٦٤ ، وعن طريق إحدى منح المجلس السكانى ، بدأ مشروع بحث فى مستشفى « فيكتوريا جوبيلى » فى كنجستون ، يستهدف اختبار مدى تقبل وسيلة « الواقى الرحمى » بين السيدات اللاتى يترددن على عيادات ما بعد

الولادة . وبعد مرور ثلاثة أشهر اكتسبت هذه الوسيلة المزيد من الثقة دفعت وزير الصحة إلى أن يعلن أن الحكومة تقترح تيسير خدمات تنظيم الأسرة فى أنحاء البلاد ، كما أكد مبدأ انتفاع الناس بهذه الخدمات بمحض اختيارهم ، فتم إنشاء ١٤ مركزا لتنظيم الأسرة فى المستشفيات الحكومية الأربعة عشر ، وكان الواقى الرحمى هو الوسيلة الوحيدة التى تستخدم فى تلك المراكز ، لكن التقدم كان بطيئا . ولم يكن ذلك يرجع لقلة الإقبال عليها بقدر ما كان يرجع إلى نقص عدد الأطباء والموظفين المدربين . وبرغم ذلك تم فى الشهور الأربعة عشر الأولى من هذا البرنامج تركيب ستة آلاف واق رحمى » .

وقد دلت تجربة مستشفى فيكتوريا جوبيلى ، على أن وسيلة الواقى الرحمى قد حازت القبول بنسبة ٨٠ ٪ بين السيدات فى نهاية السنة الأولى . وأثبتت التجربة أيضا أنها وسيلة من وسائل منع الحمل التى يمكن الاعتماد عليها فى نشر الخدمة .

وفى يونية سنة ١٩٦٦ أنشأت وزارة الصحة وحدة تنظيم الأسرة لتنسيق المجهودات المختلفة فى ميدان تنظيم الأسرة والإشراف على هذا البرنامج الحيوى» (وزارة الصحة) . وقد تم تعيين مدير طبى لهذا الوحدة كمستشار من بين أطباء الولادة وأمراض النساء ، كما تم تعيين متخصص اجتماعى مدرب له خبرة بتنظيم الأسرة مساعداً له . ، وأنشئت أيضا ثلاث لجان فنية متخصصة فى : الخدمات الفنية والتعليم والسكان ، والإحصائيات ، وذلك لتقدم مشورتها إلى المدير الطبى . وتم فى نفس الوقت إنشاء لجنة استشارية لتقدم مشورتها إلى وزير الصحة حول السياسة العامة التى يجب أن تتبع فى ميدان تنظيم الأسرة. وكانت أهم الأهداف التى تم تخطيط البرنامج على أساسها :

١ — نشر خدمات تنظيم الأسرة وخدمات بحوث أمراض الخلايا .

٢ — إدماج خدمات تنظيم الأسرة فى الخدمات الصحية .

٣ — تدريب العاملين فى البرنامج .

٤ — تعليم الناس ضرورة تنظيم الأسرة .

والآن فلندرس هذه الأهداف بالتفصيل :

الخـــدمات :

طالب البرنامج بإنشاء ١٢٠ مركزاً لتنظيم الأسرة تكون معدة تماماً قبل نهاية مارس ١٩٦٨ فى كل المستشفيات الحكومية وبعض المراكز الصحية التى يتم اختيارها . وقد تم بالفعل تقسيم هذه المراكز إلى ثلاث درجات تختلف باختلاف نوع الخدمات التى تؤديها . فمثلا كان مقر مركز الدرجة الأولى فى المستشفى أو المركز الصحى الذى وقع عليه الاختيار، وهيئة العاملين به مكونة من طبيب وممرضة صحة عامة ومولدة ، ويقدم كل وسائل منع الحمل والحبوب ويعمل مرة واحدة فى الأسبوع . وكان مقر مركز الدرجة الثانية فى المركز الصحى ، ويعمل به طبيب وممرضة صحة عامة ومولدة ، ويقدم كل وسائل تنظيم الأسرة والحبوب ، ويعمل مرة كل أسبوعين . وكان مقر مركز الدرجة الثالثة فى المركز الصحى والعيادات الخارجية ، وتعمل به ممرضة صحة عامة ومولدة ، ويقدم وسائل منع الحمل التقليدية فقط ، وعلى أساس أن اتباع أى وسيلة من وسائل منع الحمل خير من لا شىء . وهو يعمل شهرياً ، ولم يكن هناك طبيب مقيم فى المناطق التى كانت بها مراكز الدرجة الثالثة برغم أن الأطباء كانوا يقومون بزيارة هذه المراكز أسبوعيا . (ولم تكن وسيلة الواقى الرحمى تقدم فى هذه المراكز بسبب ما كانت تشتهر به من إحـــداث مضاعفات، فلم يكن فى تلك المراكز استعدادات طبية لعلاج مثل هذه المضاعفات وبدون هذه الاستعدادات تزيد أقاويل السوء عن هذه الوسيلة) .

وبلغت جملة عدد المراكز التى تم إنشاؤها حتى الآن ٥٦ مركزا ، كل موظفيها من الأطباء الحكوميين والخصوصيين ، الذين يعملون تطوعا . وكان الخمسون مركزاً الأولى منها تحتاج إلى ١٨٤٦ فترة عمل لإدارة العمل بها ،

لـكن لم يتم إلا تنفيذ ١٣٤٦ فترة عمل ، وخصصت الحوافز المادية للمولدات اللاتى كن يتقاضين جنيها وعشرة شلنات عن كل فترة . ومع ذلك فإن هناك شكا متزايدا فى أن البرنامج يمكن أن يستمر فى الاعتماد على المساعدات التطوعية . ويدرس الآن اقتراح يدعو إلى الأخذ بمبدأ توزيع الحوافز ، لا على الأطباء فحسب ، بل على كل مستويات العاملين بالمراكز ، وأن يتم دفع هذه الحوافز على أساس فترات العمل. على أن تكون مدة الفترة ثلاث ساعات ونصف ساعة ، وبالإضافة إلى ذلك تقرر أن تكافأ الأعمال المكتبية على أساس فترة العمل .وقد رفضت فكرة توزيع الحوافز على كل فرد لأنها طريقة غير عملية .

ويتم تقديم كل وسائل منع الحمل مجانا فى هذه المراكز ما عدا حبوب الفم التى تباع بثمن رمزى يصل إلى شلن واحد لكل شريط . وكان المجلس السكانى بنيويورك يرسل معونات من « لولب ليبيس » إلى هذه المراكز لتركيبها مجانا . وقد أمكن إقلال التكاليف إلى أن وصلت إلى ٢ شلن وبنس للعبوة ، وذلك عن طريق شراء عبوات طبية خاصة تحتوى على حبوب منع الحمل التى تؤخذ بالفم دون أن تخضع للضريبة الجمركية ، وحتى بالنسبة لهذا الثمن فإن توزيع حبوب منع الحمل عن طريق الفم بعدد كبير سيكون عبئا على الميزانية، ومنذ عهد قريب جداً كانت سياسة جامايكا بالنسبة لتنظيم الأسرة هى تقديم وسيلة الواقى الرحمى كوسيلة أساسية فى البرنامج ، والاحتفاظ بحبوب منع الحمل عن طريق الفم لحد أدنى من السيدات لا يتعدى ٢٠ فى المئة فقط وهن اللاتى يرفضن استخدام الواقى الرحمى أو اللاتى ينصحهن الطبيب بعدم استخدامه لأسباب صحية .

وليس هناك شك فى أن الواقى الرحمى قد فقد مكانته وخصوصاً فى المجتمعات الصغيرة حيث تنتشر نتائجه السيئة وتتناقل الأفواه أخبار فشله فى منع الحمل، وفى بعض المناطق التى كانت هذه الوسيلة منذ عهد قريب هى الوسيلة الوحيدة الممكن الحصول عليها ، لا يذهب كثير من السيدات إلى العيادات بالرغم من أنهن لا يعارضن فكرة تنظيم الأسرة . وفى المراكز التى تقدم حبوب الفم

كبديل للواقى الرحمى فإنهن يقبلن على حبوب الفم ويتركن الواقى الرحمى ، بل إن كثيراً من السيدات يطلبن التخلص منه بعد أن يتم تركيبه ، وهن يعرفن أن الطبيب سيصف لهن حبوب الفم بدلا منه ، وهذا يؤكد صعوبة تقدير نتائج أى وسيلة من وسائل منع الحمل فى البرامج التى تترك لكل سيدة حرية اختيار الوسيلة الملائمة . على أنه لم يظهر حتى الآن عدد كبير من سيدات الطبقة الدنيا — وغالبا ما يكن على درجة بسيطة من التعليم — يتمسك بحبوب الفم لفترة طويلة . وقد أظهرت التجربة الأولى فى مستشفى « فكتوريا جوبيلى » أن من بين فئة قليلة جداً من السيدات اللاتى استخدمن حبوب الفم تخلفت ٢٢ فى المئة منهن فى الشهر الأول ، لكن بعد ذلك تناقصت نسبة التخلف بحدة ووصلت إلى ١١ فى المئة من عدد السيدات فى نهاية السنة الأولى ، وتعتبر هذه النتائج مشجعة للغاية . ويتم وضع نظام لتوزيع حبوب الفم وهو إعطاء السيدة شريطاً واحداً من حبوب الفم عند أول زيارة . فإذا أظهرت اهتمامها فى الزيارة الثانية تم إعطاؤها مؤونة ثلاثة أشهر دفعة واحدة ، وقد تم البدء فى تنفيذ مشروع تجريبى بمستشفى فكتوريا جوبيلى ضم ٦٠٠ سيدة ، حيث تم تركيب الواقى الرحمى على شكل حرف « T » لهن . وثمن هذه الوسيلة مرتفع (١٠ شلنات بلا ضريبة جمركية) ولن يتحقق انتشار استخدام هذه الوسيلة ، إلا إذا أثبتت أنها تعطى نتائج أحسن من « لوب ليبيس » من خلال الاستعمال الدائم . وقد لقيت هذه الوسيلة دون شك قبولا بين الأطباء فى مراكز تنظيم الأسرة أكبر من « لوب ليبيس » ؛ لأنها أسهل فى عملية التركيب ، ولا تحتاج إلى وقت طويل ، أو مجهود من العاملين فى المركز . ومما لا شك فيه أن تحمس الأطباء للواقى الرحمى سوف يختفى ويتبخر بصفة عامة ، فقد فقدت هذه الوسيلة أهميتها فى العيادات الخاصة . وقد كان من سياسة الحكومة دائما تقديم لوب ليبيس مجانا لكل الأطباء ، ثم يقوم الأطباء بعد ذلك بتقاضى أجر تركيبها من النساء اللائى يترددن عليهم ويدفعن أجر الكشف . إن الطلبات الكثيرة على لوب ليبيس كانت ظاهرة ملحوظة فى بداية الخطوات الأولى للبرنامج ، لكنها انخفضت جداً

الآن ، وقل من الأطباء من يطلب كميات إضافية منها ، ويرجع ذلك إلى أن الطبيب يتحمل مسئولية نتائج استخدام وسيلة الواقى الرحمى أكثر من أى وسيلة أخرى ويعتبر مسئولا عن الفشل الذى يمكن أن تسببه بحدوث حالة حمل لسيدة استخدمته . وقد كانت تجربة فلوريدا « البلد الأب » فى برنامجها لتنظيم الأسرة تجربة مثيرة لغاية ، حيث أصبح الواقى الرحمى هو الوسيلة المفضلة ، وذلك عقب استخدام اللولب على شكل حرف « T » .

وقد تم إنشاء معمل لتحاليل الخلايا وكشف أمراضها فى كنجستون فى جامايكا ، ويتم تدريب الفنيين على هذا العمل . والمعروف أن سرطان الرحم يمثل نسبة ٣٠ فى المئة من حالات السرطان فى جامايكا ، وهو أحد الأسباب الشائعة التى تؤدى إلى نسبة عالية من الوفيات بمرض السرطان ، وقد وجد أنه من المستحسن تقديم خدمات فى علم الخلايا كجزء من برنامج تنظيم الأسرة عن طريق أخذ عينات خلية من السيدات اللاتى يترددن على مراكز تنظيم الأسرة لفحصها وإجراء التحاليل اللازمة ، على أن يتكرر ذلك كل سنة للتأكد من خلو السيدة من الأمراض الخبيثة . ومزايا هذا العمل واضحة ؛ لأن هناك دائما إشاعات ضارة تعيش فى أذهان كثير من السيدات وتربط بين وسائل منع الحمل والسرطان .

إدماج خدمات تنظيم الأسرة فى الخدمات الصحية :

يؤمن الكثيرون بأن تنظيم الأسرة سوف يجذب عدداً أكبر من المترددات على المركز إذا اندمجت خدماته فى الخدمات الصحية ، بدلا من أن يعمل البرنامج فى عزلة عن تلك الخدمات ، ومن ثم أنشئت عيادات تنظيم الأسرة فى المراكز الصحية والمستشفيات القائمة ، وتم استخدام كل من يمكن استخدامهم من العاملين فى الصحة العامة من ممرضات صحة عامة ومولدات . وقد تم تعيين طبيب الصحة فى كل مركز صحى فى الأربع عشرة أبرشية ، مشرفا إقليمياً على تنظيم الأسرة ، وأصبح هو مسئولا عن تنظيم خدمات تنظيم الأسرة

والبرامج التعليمية فى أبرشية ، ونظراً لأن هيئة واحدة من الموظفين أصبحت تعمل فى مجالات أوسع من التثقيف الصحى ، وتشرف على عيادات ما قبل الولادة وعيادات رعاية الطفولة فى هذه المراكز الصحية التى تشمل كل أنواع الخدمات فإن الاتصال بالسيدات يكون سهلا وميسوراً مما يساعد على كسب ثقتهن وإقناعهن بتنظيم نسلهن .

تدريب العاملين :

واجهت جامايكا ، مثل كل الدول النامية ، نقصاً فى الأطباء والممرضات ، ويعتبر قبول الممرضات المثقلات بأعباء العمل القيام بدورهن فى مقدمة العاملين فى هذا البرنامج شهادة طيبة لهن . ويتم عقد دورات تدريبية منظمة لممرضات الصحة العامة وممرضات المراكز الصحية ومشرفى التمريض والمثقفين الصحيين . وتتخذ الآن جامعة جزر الهند الغربية مقراً لعقد هذه الدورات التدريبية حيث تستغرق كل دورة أسبوعا . وسيتسع مجال التدريب بحيث يشمل مفتشى الصحة العامة والمولدات . وفى بداية البرنامج كانت هناك محاولة لتدريب ممرضات الصحة العامة على كيفية تركيب الواقى الرحمى . إلا أن فترة التدريب كانت غير كافية ، وتم إلغاء هذه الفكرة وتجاهلها تماما لأنه ثبت أنه لايمكن انتزاع الممرضات من عملهن لمدة طويلة كافية ، وهى المدة التى يتطلبها التدريب السليم ، وقد برزت نفس المشكلة بالنسبة الأطباء ، إذ أصبح اليوم من العسير تنظيم برنامج تدريبى لهم .

التعليم أو التثقيف :

إن جامايكا تدرك أن أمامها شوطا طويلا من الجهد الشاق لتعليم الناس الفائدة التى سوف تعود عليهم من تنظيم الأسرة عن طريق استخدام وسائل منع الحمل ، وذلك حتى تتحطم حواجز التعصب والخرافات والجهل التى تعرقل جهود العاملين فى ميدان تنظيم الأسرة . ومن أمثلة هذه المعتقدات :

ـــ الخوف من الإصابة بمرض السرطان : نتيجة الاعتقاد الخاطىء بأن السرطان يحدث بسبب استخدام وسائل منع الحمل خصوصا وسيلة الواقى الرحمى .

ـــ خوف الرجال من الحياة الزوجية : الاعتقاد بأن استخدام الزوجات لوسائل منع الحمل سوف يؤدى إلى الخيانة الزوجية وعبث الزوجات .

ـــ الخوف من اعتلال الصحة . هناك خرافة تقول : « بأن المرأة يجب أن تنجب أكبر عدد من الأولاد » ، لأن التدخل ضد مجرى الطبيعة سيصيبها بالضرر والأمراض .

ـــ الخوف من إبادة الجنس : الاعتقاد بأن تحديد النسل هدفه قتل الجنس الزنجى .

كما كانت بعض نصوص الكتاب المقدس تفسر بطريقة حرفية لاستخدامها ، كالسيف المصلت ضد تنظيم الأسرة ، ومن هذه النصوص « أكثر من النسل وأثر الأرض » أو « إن الله كفيل بهم » ، وكانت هذه النصوص تفسر على أنها أمر إلهى يدعو إلى كثرة التناسل بلا حدود .

كذلك كانت هناك خرافة قديمة فى طريقها إلى الزوال تقول إن العقود الخيالية الموجودة على الحبل السرى تشير إلى عدد الأولاد الذين سوف تنجبهم السيدة . ولم يعرف حتى الآن هل كانت الدايات القرويات غير المدربات اللاتى يطلقون عليهن اسم « نانا » يرددن هذه « القرارات » فى آذان الأمهات فى أثناء الولادة الأولى فقط ، أو عند الولادات المتكررة .

إن خجل المرأة من العقم ، والفلسفة التى يرددها الرجل من أن رجولته تتناسب مع عدد ما ينجبه من أولاد ، هما من المعتقدات التى لا تزال موجودة فى جامايكا ، قد يكون لها جذور فى ماضى العبودية الذى كان شائعا فى البلاد .

إن معارضة الرجال هى العقبة الحقيقية دون شك أمام برنامج تنظيم الأسرة . وجزء كبير من جهود جامايكا فى ميدان التثقيف ـــ بل لعله أهم جزء فى البرنامج ـــ

يجب أن يضع هذا العامل فى الاعتبار ؛ إذ لا توجد حتى الآن فرصة مناسبة للوصول إلى جماعات كثيرة من الرجال . كما توجد بالنسبة للنساء اللاتى يمكن الاتصال بهن عن طريق مراكز رعاية الطفولة وعيادات ماقبل الولادة ، حيث يحصلن هناك بطريقة طبيعية على توجيهات خاصة بتنظيم الأسرة . إن قلة تحمس الرجال لمشروع تنظيم الأسرة أمر معروف ، ومن الصعب التغلب عليه ، بسبب صعوبة الاتصال بهم ، وبسبب قلة اهتمام هؤلاء الرجال برعاية الأطفال الذين يجيئون نتيجة علاقات غير مستديمة . غير أنه يمكن التغلب على كثير من هذه العقبات بواسطة الزيارات المنزلية التى يقوم بها المثقفون فى ميدان تنظيم الأسرة لتوعية الناس . وتتطلب هذه الخطة عدداً كبيراً من المثقفين الرجال ليقوموا بهذه المهمة التى تتطلب حذراً كبيراً ، لأن العداوة المكشوفة لتنظيم الأسرة لا يفصح عنها الناس أبداً ، فهم يعارضون المشروع نتيجة خوفهم من إبادة جنسهم ، ومن الصعب تحديد مدى انتشار هذه الاتجاهات الخفية ضد تنظيم الأسرة ، التى يمكن أن تستثار نتيجة حملات الدعاية السيئة التى تستخدم فيها طرق الضغط الشديد على الناس لدفعهم لعمل معين .

والأمر الملاحظ أن كثيراً من الزوجات يذهبن إلى عيادات تنظيم الأسرة دون علم أزواجهن وإذنهم ، فإذا استخدمت السيدة وسيلة الواقى الرحمى فسرعان ما يكتشف الزوج الأمر ، لأن هذه الوسيلة تظهر بطبيعة نفسها ، وعندما تطلب السيدة نزع الواقى الرحمى يعرف الطبيب أن الزوج وراء هذه الخطوة . ومن الواضح الآن أن توافر العيادات ضرورة هامة ، ولكن لا يقل عنها أهمية ضرورة تقديم برنامج سليم للتثقيف ، على أن تستمر حملة التثقيف داخل إطار النشاط العام للتثقيف الذى يشرف عليه مكتب التثقيف الصحى الذى عين له معلم صحى خبير . وهناك نقص كبير فى المعلمين الصحيين فى جامايكا لأن مستوى مرتباتهم كبير جداً ، لذلك فإن البرنامج يعمل على ملافاة هذا النقص ، بإعداد مثقفين فى ميـــدان تنظيم الأسرة لتوفير الاكتفاء الذاتى للمشروع عن طريق تدريب العاملين به ، ويتم اختيارهم من بين المتخصصين

الاجتماعيين ، والمدرسين ، وممرضات الصحة العامة ، ومفتشى الصحة ، وهذه الخطوة من أهم الاحتياجات الملحة التى يتطلبها المشروع فى جامايكا ولتحقيق هذا الهدف تم تنفيذ مشروع تجريبى عن طريق هيئة جامايكا لرعاية الطفولة حيث تم تدريب مجموعة من المتطوعين ليعملوا كمثقفين فى ميدان تنظيم الأسرة، وبعد التدريب عادوا إلى مجتمعاتهم الصغيرة للقيام بالتثقيف . وقد اهتم المسئولون بهذه التجربة اهتماماً بالغاً ، وقام مشروع آخر مماثل ؛ وهو نظام « الزائرات المشجعات » الذى اتبعته جمعية جامايكا لتنظيم الأسرة ، وهو عبارة عن استخدام المترددات على مراكز تنظيم الأسرة اللائى يتبعن لها ، فى تشجيع جاراتهن وزميلاتهن على التردد على المراكز ، وتتقاضى من تقوم بهذه المهمة خمسة جنيهات فى الأسبوع .

وقد أظهر رجال الدين تسامحاً عظيما ، وتفهما عميقاً بالنسبة لتنظيم الأسرة، وخاصة الروم الكاثوليك الذين قاموا بدور هام فى نشر الفكرة ، وقد بدأ هذا النشاط من يناير سنة ١٩٦٥ عندما تم افتتاح عيادتين لتنظيم الولادة ، ويوجد الآن أربع عيادات لنفس الغرض . وفى بداية سنة ١٩٦٧ تم افتتاح مركز لاستشارات تنظيم الأسرة يعمل به أطباء متطوعون وممرضات . وبالإضافة إلى التشجيع الدائم المستمر لوسيلة فترة الأمان كوسيلة لمنع الحمل فإن هذا المركز يقدم أيضاً وسائل أخرى لتنظيم النسل . وترى كنيسة الروم الكاثوليك أن المشكلة هى مشكلة احتياج الناس للتثقيف فيما يختص بالحياة الأسرية ومسئولياتها . وإلى جانب الكنيسة ظهر اهتمام آخر فى المدارس عندما تضمنت البرامج الدراسية مواد عن التربية الجنسية أملا فى خفض حالات الحمل بين الفتيات الصغيرات .

إن إدارة برنامج تنظيم الأسرة فى جامايكا قد تمت إعادة تنظيمها وانفصلت من وزارة الصحة ، وأصبحت تحت إدارة هيئة تأسيسية هى المجلس القومى لتنظيم الأسرة ، وكانت ميزانية تنظيم الأسرة سنة ١٩٦٦ تبلغ ٦ آلاف جنيه ، زادت سنة ١٩٦٧ إلى ٧٠ ألف جنيه ، ثم أصبحت ٢٠٠

ألف جنيه فى سنة ١٩٦٨ ، وتؤكد الأرقام المبدئية من مكتب الإحصاءات العامة أن معدل المواليد قد انخفض من ٣٨٫٨ مولودا فى الألف فى سنة ١٩٦٦ ، إلى ٣٥٫٩ مولودا فى الألف فى سنة ١٩٧٠ ، وذلك بنقص أربعة آلاف مولود سنويا تقريبا . وقد كان لكثير من العوامل دخل فى تخفيض عدد المواليد فى جامايكا . لكن برنامج تنظيم الأسرة كان عاملا مؤثرا بلاشك .

ويهدف البرنامج الوصول إلى عشرين ألف سيدة يستخدمن وسائل منع الحمل لأول مرة كل سنة ، والهدف من ذلك هو خفض معدل المواليد من ٣٩ فى الألف إلى ٢٥ فى الألف خلال ١٠ سنوات ، وهو هدف طموح ، ولكنه ليس هدفا خياليا . . وقد وصفه أخيراً وزير الصحة فى تصريح عام بأنه من أكثر البرامج التى قامت بها الوزارة طموحا . ويمكن أن ينجح هذا البرنامج إذا تم تنفيذه بنفس القوة والحماسة والعزيمة التى تم بها تنفيذ برامج الصحة العامة فى الماضى فى حملاتها على الأمراض ، (مثل الملاريا ومرض التوت الجلدى ومرض السل) . أما إذا أخفق برنامج تنظيم الأسرة فإنه من الصعب أن تحقق جامايكا تقدمها الاجتماعى والاقتصادى ، وهو ما يصبو إليه شعبها .

١٣

شيلى : وباء الإجهاض

هرنان روميرو

فى أبريل سنة ١٩٦٧ استضافت سنتياجو ، عاصمة شيلى ، المؤتمر السابع للاتحاد الدولى لتنظيم الوالدية ، الذى اشترك فيه ١٨٠٠ عضو من أكثر من ٩٠ دولة. وقد كان من الممكن أن يتجاوز عدد الأعضاء هذا الرقم ، لولا عدم توافر إمكانيات المعيشة لعدد أكبر . لكن مما يدعو إلى الفخر سماع كثير من ملاحظات الاستحسان حول ضيافة شيلى الكريمة . وأكثر من ذلك أن كثيراً من الأعضاء صرحوا بأن هذا الاجتماع يعتبر أحسن المؤتمرات العالمية تنظيماً ، بالنسبة للمؤتمرات التى حضروها من قبل . وفى الجلسة الافتتاحية لهذا المؤتمر ، ألقى إدوارد فرى ، رئيس الجمهورية الشيلية ، كلمة أعلن فيها أن شيلى لديها عقلية متفتحة بالنسبة لموضوع تحديد النسل ، وأنه سوف ينظر بعين الاهتمام إلى النتائج التى سيتوصل إليها المؤتمر .

ومن حسن حظ كاتب هذا المقال أنه عين سكرتيراً تنفيذياً للمؤتمر، بجانب إشرافه على الترجمة الإسبانية فى أثناء الجلسات . وكانت كل من الميزتين السابقتين فرصة كبيرة له للتعرف بمدى اتساع دائرة العلوم المرتبطة بتنظيم الأسرة ، ومدى التقدم فى المعلومات والبحوث ، ومجالات التطبيق العملى . وإلى جانب معظم المشتركين من الأطباء المتخصصين شهد المؤتمر بعض المعلمين والمتخصصين فى الدراسات السكانية والعلوم الاجتماعية والإنسانية والاقتصادية وأساتذة علم النفس . كذلك حضره أيضاً مجموعة كبيرة من الوزراء ليكونوا شهود عيان لمناقشات المؤتمر ، وليروا بأنفسهم كيف أن هذه المشكلة قد فرت بشكل

وأسع كل الفنون المهنية ومرافق الحياة . وعلى الرغم من وجود وسائل اقتصادية وفعالة وغير ضارة لتحديد النسل . فإن الوسيلة المثلى «لتنظيم الأسرة» لم توجد بعد . وقد حذر «فرانك نوتشتاين» أنه حتى فى حالة وجود هذه الوسيلة المثلى ، فإنها سوف تفشل بسبب الافتقار إلى التعليم الضرورى وعدم التنظيم الكافى .

وقد كان لهذا الاجتماع فائدة كبيرة ، إذ أتاح الفرصة لتبادل نتائج التجارب وأساليب التطبيق والممارسة تحت الظروف المختلفة فى العالم ، ويجب إضافة حقيقة هامة ؛ وهى أن جزءاً كبيراً من نجاح هذا المؤتمر اعتمد على مساعدة الأفراد المتطوعين فى ميدان تنظيم الأسرة به . وتكشف لنا هذه الحقيقة أنه ليس المسئولون الرسميون وحدهم المعنيين فقط بهذه المشكلة ، ولكن جماهير الشعب أيضا . وفى الوقت نفسه تبين هذه الحقيقة مدى التعاون الممكن توقعه من مختلف الدول نتيجة هذا الاجتماع .

وإذا تساءل أحد : لماذا لم تتقدم شيلى فى الناحية الاقتصادية والاجتماعية فإن المؤلف يرد قائلا: إن فكرة «الثورة فى جو من الحرية» ، (كما يسميها رئيس الجمهورية وحزبه) غير سائدة فى شيلى . . وإنما الفكرة السائدة هى «التوترات الآمال المتزايدة أو التطلعات الزائدة» . وإنه لمن المحير حقا أن نرى دولة منظمة مستقرة يحكمها أفراد ذوو قدرات خاصة وكفايات عالية (معظمهم من خريجى الجامعات) [illegible] ومع ذلك تتقدم ببطء شديد !! فالشعب الشيلى على قدر كبير من حسن الإدراك والنشاط والحيوية . وبفضل مزاجه الوطنى لم تحدث فى شيلى ثورات من الثورات الدموية التى تمتاز بها أمريكا اللاتينية ؛ ذلك أن الشيليين ينظرون إلى وتجهى العملة [illegible] وهم بصفة عامة على قدر كبير من الاتزان [illegible]

[illegible]

[illegible] ولشرح هذه الظاهرة فإنه من المستحسن العودة إلى خطبة رسمية ألقاها [illegible] ١٩٦٢ [illegible] المحافظين [illegible] بقية أعضاء الحزب [illegible] فى

حزب الأحرار ليكونوا الحزب الوطنى الحالى) وأكد فيها أنها إرادة الله، أن يكون فى الأرض أقلية من الأغنياء وأكثرية من الفقراء . وإذا تجرأ أحد على الاعتراض على مشيئة الله فإنه سوف تحدث كوارث مروعة . وفى تلك السنين وبعدها بكثير من السنين ، كان الرضا بما منحه بقدر لكل فرد يعتبر عملا صالحا . أما الآن فقد حل التمرد والعصيان محل الرضا والإذعان . وكل فرد الآن يريد أن يحسن حاله وحال أسرته فى أقصر وقت ممكن . وهذه الرغبة تفسر الاتجاه إلى الحكم على المواقف الوطنية بكل قسوة . كما تفسر الميل إلى العمل على التخطيط فى ميدان التعليم والاقتصاد والزراعة ومختلف أوجه النشاط الإنسانى . وهذه الرغبة التى لا تطيق الانتظار تؤدى إلى سقوط الحكومات الواحدة تلو الأخرى فى كثير من البلاد الشقيقة ، وذلك لأن الناس يجدون حكوماتهم غير قادرة ، ولأن أحوالهم لا تتحسن بسرعة كافية . ولعل الرغبة فى تحسين مستوى المعيشة هى السبب أيضا فى الهجرة من الريف . فأهل الريف يتدفقون على المدن منجذبين وراء سراب المرتبات الكبرى والوظائف المستقرة ، والضمان الاجتماعى. وخدمات الرعاية الاجتماعية، أو على أمل فرصة بعيدة للعمل فى الحكومة ، ولو حتى فى وظيفة صغيرة . كما أنهم يأملون ويرغبون أيضا فى تحقيق فرص لتعليم أنفسهم وأطفالهم ، بعد أن أثبتت لهم التجارب أن التعليم هو خير وسيلة لتسلق السلم الاجتماعى والاقتصادى .

ومن المهم أنه — بعد مناقشة كل الأمور التى سبق ذكرها — قال الرئيس « فيرى » فى حديث أخير له بالإذاعة : إن المشكلات التى تواجهها حكومته ، والأوضاع السياسية غير المستقرة ، هى كلها نتيجة « الطموح المكبوت » ، فقد شعر أنه مضطر إلى زيادة الإنفاق الحكومى بدرجة غير معقولة لمواجهة احتياجات الناس المتزايدة للمدارس والمطالبة بتحسين مستوى التعليم فيها ، والمطالبة بالغذاء الجيد، والإسكان الصحى. وبالاختصار : احتياج الناس لرفع مستوى معيشتهم فوراً وأكثر من ذلك أنهم ما زالوا غير راضين عن التقدم الذى يحققونه الآن .

وبمرور السنين فإن كاتب هذا المقال أصبح يكره كلمة « الانفجار السكاني » ، ليس فقط لأن هذا الانفجار لم يحدث ، بل لأنها توحي بأن مثل هذا الانفجار يمكن أن ينتهي فجأة . إن الانفجار الذي حدث هو انفجار من وجهة نظر خبراء الدراسات السكانية ، وزعماء المجتمع ، وغيرهم من المراقبين . ولكن الواقع أنه قد حدث فعلا انفجار في حجم الأسرة الصغيرة . مثال ذلك أن الأب إدوارد جيبون (أو سينيور كما يطلق عليه الأمريكيون) قد سمى كل أبنائه الخمسة باسم إدوارد على أمل أن يعيش واحد منهم ، فيخلد اسمه . وهكذا سمى مؤرخنا العظيم ، ويحدثنا هو نفسه أنه تم تعميده عندما كان أخوه الذي يحمل نفس الاسم ما زال على قيد الحياة . وعندما ظهرت على هذا الأخ مظاهر الضعف والمرض فقد بدا أن أجله قد اقترب ، ولم يعد من الضروري أن يكون لدى الإنسان خمسة أطفال لضمان وجود واحد أو اثنين على قيد الحياة . ونتيجة لهذا التفكير فإن الأسرة قد « انفجرت » بالفعل . وفي نفس الوقت فإن الأجور منخفضة ومحددة بصرامة ، لدرجة أن حجم الأسرة في العادة هو العامل الذي يمكن أن يحدد حسن ظروف الجماعة أو تعاستها .

إن المكاسب التي تنجم عن إنتاج المواد ليس لها أي أثر ، لا لكثرة المواليد فحسب ، بل لأن هؤلاء المواليد يصبحون مواطنين لهم حقوق . وما زالت هناك في الواقع مجموعات سكانية كبيرة مهملة لا تلقى أي رعاية في أمريكا اللاتينية ، لكنه من الواضح أنه في كل سنة ، ينضم عدد كبير منهم إلى أفراد المجتمع العصري . وباختصار فإن هذا التدفق يزيد من الخدمات والاستهلاك دون الإنتاج . فهؤلاء القادمون الجدد يطلبون مساكن ومرتبات وفرص تعليم لأنفسهم ولأولادهم ، ولكنهم عادة ما يشغلون وظائف الخدمات أكثر مما يعملون أو يقتحمون ميدان الإنتاج ، ذلك لأن بعضهم ليس لديه سوى قدر بسيط من التدريب . . . والبعض الآخر لم يتلق أي نوع من التدريب ، وبالطبع ليس لديهم رأس مال .

إن رغبة الشيليين فى تحسين مستوى معيشتهم بأسرع ما يمكن ، وإدراكهم أن الأسرة الكبيرة الحجم عادة ما تكون عقبة رئيسية ، يجعلهم شديدى الرغبة فى استخدام طرق تحديد النسل ، وتبين البحوث المتعددة أن السيدات من كل الطبقات الاجتماعية يعتبرن سن الرابعة والعشرين هى السن المثالية للزواج ، وأن الأسرة المثالية فى نظرهن هى التى تضم أربعة أولاد ، على أن تكون هناك دائماً فسحة من الوقت بين ولادة الطفل والآخر ، وتقدر هذه الفترة بسنتين ونصف سنة . وقد أظهر البحث أيضاً أنه بين كل خمس سيدات توجد أربع يرغبن فى أن يكون تنظيم الأسرة تحت رعاية رسمية ، مع ضرورة تسخير كل الإمكانيات له حتى تصبح خدماته فى متناول الجميع ومع ذلك فإنه حتى الـ ٢٠ فى المئة اللاتى أثبت البحث أنهن يرفضن تحديد النسل نتيجة معتقدات عادة ما تكون ذات صفة دينية ، فإنهن يمارسن فعلا وسائل تحديده. ونتيجة لذلك فإن كل مركز تنظيم أسرة جديد يفتتح يمتلىء فوراً بالزبائن ، وقد أدهشت غرف الانتظار المزدحمة الزوار الأجانب الذين زاروها . ولأن الزبون المرتاح هو دائماً أفضل دعاية ــ وهذا هو ما توفره مراكز تنظيم الأسرة لزبائنها ــ نجد أن تحديد النسل يحدث فى صمت لأن الطلب أكثر من العرض . ويشكل الأطباء العنصر الأساسى ، أو ما يمكن أن يسمى عنق الزجاجة فى برنامج تحديد النسل ، لأن المراحل الأولى منه تعتمد عليهم تماماً . وهم يمثلون مشكلة ، ليس فقط لأنهم قادرون ، بل لأنهم بالتأكيد مشغولون جداً لدرجة أنهم لا يستطيعون تكريس أنفسهم لنوع معين من النشاط أصبح إلى حد ما شاقاً ومملا ، ما لم يقترن هذا النشاط بالبحث أو الحوافز . وبناء على ذلك ، فإن الأطباء عادة ما يتم التعاقد معهم على أساس ساعتى عمل فى اليوم ، ولهذا السبب فإن شيلى لم تستطع أن تقوم بحملاتها التثقيفية لتحديد النسل على نطاق واسع .

ويجب أن نذكر هنا موقف الكنيسة الكاثوليكية بالنسبة لتنظيم الأسرة ودور السياسيين وبقية الناس . ومن الواضح أن موقف الكنيسة يختلف من بلد إلى آخر ، ونظراً لأن الكنيسة الشيلية ليست موحدة الكلمة ، فإن

المؤمنين بتنظيم الأسرة من المحتمل أن يجدوا قسسا فى كل مكان يتعاطفون مع قضيتهم أومستعدين للتعاون بجدية ونشاط . وهناك مثالان يمكن أن يوضحا هذه النقطة . المثال الأول من شيلى حيث توجد جمعية كل أعضائها من كبار الأطباء الكاثوليك ، من أكاديمية سان لوكاس الطبية ، وقد عقدت هذه الجمعية جلسة لمناقشة تحديد النسل ، وأذنت لكاتب هذا المقال فى حضورها ، ومن العجب أن الجلسة أخذت شكل مناقشات المائدة المستديرة ، وقد رأسها هـ . أ . راؤول والكاردينال سيلفاهنريك رئيس الكنيسة الشيلية ، وحضر الجلسة طبيب أخصائى فى أمراض النساء والولادة (على درجة كبيرة من التدين) فدافع عن وسيلة الواقى الرحمى دفاعاً بليغاً . وصرح بأنه يستخدمها فى كل من المستشفى وعيادته الخاصة . وقد اختتم الكاردينال الجلسة مؤكداً أنه أصبح من واجب كل زوجين تنظيم حجم أسرتهما . وأنه ليس هناك مبادىء عامة ، أو قواعد جامدة ، يمكن وضعها لاختيار الوسيلة التى تستخدم ، ففى وسع الزوجين أن يعتمدا على رأيهما الأخلاقى الخاص .

والمثال الثانى فى فنزويلا ، فهناك — كما يقال — ينصح القساوسة السيدات فى أثناء الاعتراف بأن مشكلة تحديد النسل ليس لهم اختصاص فيها ، بل هى من اختصاص الطبيب ؛ لأنها طبية بالدرجة الأولى ، ويجب أن تؤخذ نصيحة الطبيب نفسه لا نصيحة القسيس . وهكذا تستريح السيدات من عناء تأنيب الضمير ويشعر الأطباء بالحرية فى استخدام وسائلهم الطبية .

والمعارضة السياسية ليست مشكلة إذا تبنى السياسيون اتجاهات عدائية نحو تحديد النسل ؛ لأنهم سوف يكونون مغلوبين على أمرهم إزاء مطالب الجماهير واحتياجاتهم ، مثلهم مثل موقف الكنيسة الكاثوليكية . فالسياسيون سيخسرون أصوات الناخبين وشعبيتهم ، والكنيسة سوف تفقد رعاياها . على أن هناك بعض الأشخاص فى مراكز ذات مسئولية يسببون ضرراً لمشروع تحديد النسل عندما يحدثون بلبلة فى الرأى العام بطريقة من طرق « حرب العصابات » .

ومن أمثلة الحجج التى يتذرعون بها عادة أن أمريكا اللاتينية قارة قليلة السكان ، لأن كثافة السكان تصل إلى ١٢ شخصاً فى كل كيلو متر مربع، فى حين أنها تصل فى آسيا إلى ٦٠ شخصاً فى كل كيلو متر مربع ، وتصل فى أوروبا إلى ٨٥ ، بجانب وجود مساحات شاسعة غير آهلة بالسكان . على أن الضغط السكانى فى حد ذاته يمكن أن تكون له قوة ديناميكية إيجابية : فالأرجنتين وأورجواى اللتان لديهما معدل سكانى منخفض جداً ، تتقدمان ببطء ، وبطريقة غير مرضية عن فنزويلا والبرازيل والمكسيك ، وهى من البلاد ذات المعدلات العالية فى نمو السكان . ويقولون أيضاً إن تحديد النسل أمامه فرصة ضعيفة للنجاح ، حيث إن الأعداد الكبيرة من الناس الذين ولدوا قد بدأوا يصلون إلى سن الإخصاب فعلا . وفى ظل الظروف الراهنة ، فإن الأسرة الكبيرة ذات فائدة ، لأن الأطفال الكثيرين يساعدون والديهم ويؤمنونهم فى الكبر . وهل إذا استطاعت شيلى أن تخفض معدلات مواليدها أفلا تقل القوى العاملة فى المستقبل فى ميدان التنمية ؟

وهل لا تملك شيلى موارد هائلة لم يتم استغلالها بعد ، أو لم يتم اكتشاف الكثير منها بعد للعمل على استغلالها واستثمارها ؟ وهل يمكن مقارنة وضع شيلى باليابان ، أو الصين ، أو الهند ، أو إندونيسيا ؟

من الواضح أن هذه الحجج يمكن تفنيدها واحدة بعد الأخرى .

إن شيلى تنتمى إلى ما يسمى « بدول العالم الثالث » ، وموقفها مثل موقف الرجل الغنى الذى فقد مفتاح خزانته ويحاول بكل يأس أن يفتحها . فبالرغم من أنه توجد مساحات واسعة غير مأهولة بالسكان ، فإن الناس استمروا فى التكدس فى المدن الكبيرة ، وخصوصا العواصم . وحبهم للعواصم ليس معناه الكسل ، أو فقدهم روح الإقدام عند آبائهم الأوائل ، إنما المشكلة هى أنه تنقصهم الأموال الضخمة التى تتطلبها تنمية أحواض الأمازون والاورينوكو والماجدلينا . لذلك يجب ألا نتساءل أبداً : هل شيلى يمكن أن تكون

أحسن حالا لو أن لديها عدداً كبيراً من السكان ؟ وقد أوضح « كيلنجسلى دافيد» بعض أوجه التشابه بين الأرجنتين وأستراليا وبين شيلى ونيوزيلاندا . فكل من هذه الدول تطل على المحيط ، ومتوسط دخل الفرد فيها أكثر منه فى شيلى ثلاثة أضعاف أو أربعة . ومن الواضح — بالرغم من كل هذه الإمكانيات — أن هذه الدول لا تريد أن تزيد من الضغط السكانى فيها . والدليل على ذلك أن أستراليا — وهى القارة الواسعة — قد حددت الهجرة إليها منذ سنوات .

ولقد زار هذا المؤلف الهند سنة ١٩٥٥ كعضو فى لجنة الأمم المتحدة التى أرسلت إلى الهند بناء على طلب حكومتها لدراسة مشروعها القومى لتنظيم الأسرة . وقد قال أحد الفلاحين لأعضاء الوفد : إنه منذ أصبح التعليم الابتدائى إلزامياً فإنه أصبح يحتاج إلى ابن آخر ينضم إلى أولاده الآخرين الذين يقومون بمساعدته لتعويضه عن إرسال أى طفل إلى المدرسة . وفى الظروف البدائية ، فإن وجود هؤلاء الأطفال يصبح ثروة ، ولكن إذا كانت الحال كذلك فإنه يتعين على السياسيين ألا يدخروا جهودهم للإبقاء على الوضع الراهن . والواقع أن المشكلة هى فى سرعة النمو . ومثال ذلك أن شخصاً قد يستفيد إذا كسب عشرين جنيهاً ، ولكن من المحقق أنه إذا حاول أن يكسب هذا المبلغ فى مدة شهر فإن ذلك يضر بالصحة .

ومن المعروف أن أمريكا اللاتينية إحدى مناطق العالم التى بها أعلى معدل فى النمو السكانى ، فبينما معدل النمو بين الجنس البشرى يصل إلى ٢ فى المئة فى السنة بصفة عامة ويتضاعف كل ٣٥ سنة ، فإن معدل أمريكا اللاتينية قد وصل فعلا إلى فى ٣ المئة فى السنة ويتضاعف كل ٢٣ سنة ، ومن المتوقع زيادته إلى ثلاثة أضعاف قبل نهاية القرن العشرين وقد يكون من نافلة القول مناقشة العوامل التى أدت إلى هذه الحالة — يكفى أن نذكر باختصار النتائج التى ترتبت على ارتفاع معدل الإخصاب . وأولى هذه النتائج سوء توزيع السكان بالنسبة لمجموعات السن فى كل الدول ، ما عدا ثلاث دول فقط ؛ الأمر الذى

جعل السكان تحت سن ١٥ سنة يزيد عددهم إلى أكثر من ٤٠ فى المئة من من السكان ، فى حين تبلغ نسبتهم ٣٠ فى المئة فى أمريكا الشمالية ، وفى أوروبا ٢٥ فى المئة ، معنى ذلك أنه لا يكفى فقط توفير التعليم لهؤلاء الأطفال ، بل إن هذا التوازن غير الطبيعى فى عدد السكان غير العاملين يتطلب أن تكون الموارد كلها مسخرة للاستهلاك لا لزيادة الدخل القومى . وفى سنة ١٩٥٠ كانت أمريكا اللاتينية تحتل مكاناً دائماً فى السوق الدولية كمصدر للقمح ، لكن فى الوقت الحاضر عليها أن تستورد الغذاء ، مما يسبب خسارة جسيمة للاقتصاد القومى . وبالرغم من أن ميزانية التعليم قد تضاعفت منذ سنة ١٩٥٧ فإن أمريكا اللاتينية أصبح بها الآن أميون أكثر من أى وقت مضى . والأرقام تدل على ما بين ٩ و ١٢ مليون طفل لا توجد لهم أماكن فى المدارس الآن . وبرغم الجهود العظيمة التى تبذل فى توفير الخدمات ، فإن مشكلات الإسكان والتضخم السكانى فى ازدياد .

إن الزيادة فى الإنتاج السنوى الإجمالى غير قادرة على رفع متوسط دخل الفرد بسبب عدد المواليد الذى تجاوز حده ، وبسبب العدد الكبير الذى تكدس فى المدن .

وتأتى شيلى بعد كوبا فى احتلال مركز متوسط فى السلم السكانى . أما الأرجنتين وأورجواى فقد وصلتا إلى أحد طرفى السلم ، وأتمتا دورتهما السكانية ، ولكن عدد السكان يزيد فيهما الآن ببطء ، أما بقية دول أمريكا اللاتينية فتقف على الطرف الآخر من السلم ، حيث يزيد معدل النمو عن ٣ فى المئة فى السنة ، وفى بعض البلاد يصل إلى ٤ فى المئة . وربما كان معدل النمو السكانى فى كوستاريكا وجمهورية الدومينيكان أعلى معدلات النمو السكانى فى العـــالم .

لكن شيلى لديها ميزتان لا وجود لها فى أمريكا اللاتينية : الأولى تقدم الخدمات الصحية القومية بالمجان (أو بعد أدنى من الأجر) إلى أكثر من

نصف عدد السكان فى المستشفيات والعيادات والمراكز الأخرى فى كل البلاد ، والثانية أن الناس فى شيلى قد تعودوا التردد على هذه المؤسسات والاستماع إلى نصائح الأطباء والممرضات والمولدات وتتلقى الممرضات والمولدات تدريبا جامعياً لمدة أربع سنوات أو أكثر من خلال برنامج معتمد رسمياً . وبجانب دورهن فى مساعدة الأطباء فى المستشفيات والعيادات الخاصة ، فإن هؤلاء المولدات لديهن دائماً زبائنهن الخصوصيون ، ويقمن بعمليات الولادة ورعاية الحوامل دون مساعدة الطبيب .

ولفترة ماكان لدى كاتب المقال اعتقاد راسخ بأن برامج تحديد النسل أكثر ما تكون فاعلية فى المناطق التى ينخفض فيها معدل المواليد بنفسه دون تدخل . وأن أى معدل للمواليد دون ٤٠ فى الألف يعنى بدون شك ، أن تحديد النسل نافذ المفعول . وقد انخفض معدل المواليد باطراد خلال الثلاثين أو الأربعين السنة الأخيرة . وربما يكون أقل من الأرقام الرسمية . فلقد وصـــل معدل المواليد فى سنتياجو إلى أقل من ٣٠ فى الألف مولود فى المدن ، وفى بعض المناطق الأخرى التى لا يوجد بها برامج أو مراكز لتحديد النسل . ويبدو أن الشعب قد أخذ موضوع تحديد النسل بجدية وأصبح يطبقه بنفسه ، ونفس الظاهرة يمكن ملاحظتها فى الأرجنتين حيث انخفض معدل المواليد فى الخمسين السنة الأخيرة إلى أكثر من نصف ما كان عليه حتى سنة ١٨٨٠ . وكان الانخفاض بمعدل أسرع ، وبشكل ملحوظ أكثر فى المدن . وبدون شك فإن الانخفاض فى معدلات المواليد يرجع ، بصفة رئيسية ، إلى حالات الإجهاض غير الشرعى ، والتى تعتبر غير قانونية فى كل من البلدين .

وكثيراً ما يقال إن أهل شيلى لا يعرفون ضبط النفس . وبالرغم من أنه ليس هناك دليل على ذلك ، فإنه من المؤكد أن شيلى بها أعلى معدل لوفيات الأطفال فى العالم . وفى الوقت الحاضر تعانى شيلى من مدمنى المشروبات الروحية الذين أصبحت نسبتهم أعلى من الذين أصيبوا بالسل خلال فترة الوباء من عدة

ستين . لذلك كان من الطبيعي أن يعترف الشيليون صراحة بضخامة مشكلة الإجهاض . وفي سنة ١٩٦٦ اعترفت مصلحة الصحة القومية أن ٥٧ ألف حالة إجهاض قد حدثت ، واحتلت ثلث ما يمكن أن تستوعبه كل عنابر مستشفيات الولادة . وهـــذه الأرقام هي بلا شك ما ظهر لنا ، وما خفى كان أعظم ؛ لأن هذه الأرقام جاءت من قطاع معين من الشعب ؛ وهو القطاع الذي يتردد على المستشفيات لتلقى الرعاية . وربما تكون هذه الأرقام هي الثلث أو أقل في التقدير العام . ففي أحد البحوث ثبت أن ٣١ في المئـــة فقط من حالات الإجهاض تذهب إلى المستشفى أو تلجأ إليه . وهناك الكثير من العيادات الخاصة التي تتم فيها حالات الإجهاض ، وقد كشفت البحوث أن بين كل حالتين أو ثلاث من حالات الولادة توجد حالة إجهاض . وأكثر من ذلك فإن حالة واحدة من كل ٥ حالات حمل يمكن أن تتعرض للإجهاض . وعندما تكشفت هذه الحقائق حدث اضطراب كبير في البلاد .

وعلى أثر ذلك اكتشفت عدة دول أنها تعاني من نفس المشكلة ، بل كانت الحالة أسوأ في إحداها : فقد قامت الصيدليات فيها ببيع « اللاميناريا » علناً (وهو عشب طفيلي بحري) إذا وضع في الماء فإنه يمتصه ويكبر حجمه ؛ فإذا وضع في عنق الرحم فإنه يمتص الماء من عنق الرحم فيعمل على توسيع العنق ، مثلما يستخدم الطبيب الموسعات للمساعدة على إجراء عمليات الإجهاض بعد تعقيمها وتعبئتها في أكياس من السوليفان المعقم ، حتى تستطيع السيدات أن يستخدمنها في الإجهاض بالمنازل ، إن أطباء هذه البلاد الذين حضروا الدورات التدريبية في شيلي كشفوا القناع واعترفوا بأن عياداتهم الخاصة معروفة للجميع ومعترف بها رسمياً تقريباً ، لكن هؤلاء الأطباء عادة ما يتقاضون أجوراً فاحشة نظير إجراء عمليات الإجهاض ، واعترفوا أن كثيراً من مواطنيهم قد وفقوا بين الناحية الأخلاقية وبين ممارسة تحديد النسل أو الإجهاض وبين رأى دياناتهم أيضاً . فهم يمارسون الاثنين ، أي : مناقشة الموضوع علناً والمواظبة على حضور الكنيسة . وفي رأى كاتب المقال أن

عمليات الإجهاض التى تجرى فى السر تعتبر عمليات كريهة وشنيعة ، لا لأنها تجعل حياة الناس معرضة لخطر المضاعفات والتلوث ، بل لأنها أيضاً ترفع عدد من يستفيدون منها ويسيئون استغلالها ، فهم أحياناً يبتزون أموال الناس ويهددونهم بافتضاح أمرهم .

وإذا اتسع المقام للكلام، فمن المفيد أن أشير إلى ظاهرة من أعظم الظواهر التى حدثت فى النصف الغربى من الكرة الأرضية ، وهى أن أهل أمريكا اللاتينية قد أخذوا ينظرون إلى أنفسهم على أنهم مواطنو أمريكا اللاتينية كلها ، لا مواطنو بلد معين فى ميدان تحديد النسل . وآية ذلك عقد الدورات التدريبية فى شيلى والمؤتمرات فى « جالى » وتوجوسيجاليا ، وانتظام العمل فى مراكز تنظيم الأسرة فى كولومبيا ، وكلها أمثلة تشير إلى أنه أصبح ضرورياً أمام الأمريكيين اللاتينيين الأخذ بهذا الاتجاه الجديد . وقد اتهمت بلاد عديدة فى الماضى بأنها أداة « للاستعمار الأمريكى » وأن شيلى ما هى إلا حقل تجارب للأمريكيين لمعرفة القدر الذى يمكن الحصول عليه من المعلومات عن تحديد النسل فى بلد متخلف ، كما قيل أيضاً إن وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية لن تستمر فى تقديم خدماتها للبرازيل إذا لم يتم عمل شىء بالنسبة لمشكلاتها السكانية .

إن تجربة شيلى يمكن أن تفيد الدول الشقيقة ، وبالذات الدول التى تواجه صعوبة ومعارضة فى إنشاء برامج تنظيم الأسرة . إن العديد من خبراء تنظيم الأسرة فى شيلى ، وبالذات الأطباء ، كانوا وما زالوا أكثر الناس قلقاً بسبب ارتفاع معدلات الإخصاب التى تؤدى إلى ارتفاع معدل الوفيات بين الأمهات والأطفال ، كما تؤدى إلى سوء التغذية وتفكك الأسرة ، وربما أدت إلى انحراف الأحداث . ومن نتائجها الظاهرة أيضاً مشكلة الإجهاض الذى قيل عنه بحق إنه أسوأ وباء فى هذا العصر . ولهذا السبب ، ولعلاج هذه المشكلات كلها اجتمع بعض المسئولين الذين يهمهم الأمر وشكلوا لجنة صغيرة وبدأوا يناقشون

ماذا تم فعلا فى موضوع تحديد النسل . وقد اكتشف أعضاء هذه اللجنة أن كثيراً من زملائهم بدأوا العمل فى هذا الموضوع فعلا فى صمت ، وكانت هذه اللجنة مكونة من أساتذة علم الاجتماع ، والعاملين فى ميدان الطب الوقائى ، وأطباء الولادة وأمراض النساء، وعدد آخر من المختصين والمواطنين المهتمين بالصالح العام ، وقد استمرت اللجنة فى النمو وحققت نجاحاً ملموسا ، وتبع ذلك إنشاء الجمعية الشيلية لحماية الأسرة التى منحت معونات كثيرة وسخية من الخارج . ولكن الموارد الرئيسية جاءت من الاتحاد الدولى لتنظيم الوالدية والمجلس السكانى ومؤسسة فورد وركفلر والجامعات والهيئات الدولية الأخرى. وقد تم الاعتراف القانونى بهذه الجمعية وكان الاهتمام الرئيسى لها هو إنفاق كل هذه المبالغ فى الوجوه التى تعود على المشروع بالنفع ، وفى وسع أى متخصص مصالح يريد أن يفتتح عيادة لتنظيم الأسرة فى مصلحة الصحة القومية ، أو فى أى مؤسسة أخرى ، أن يطلب مساعدة هذه الجمعية بعد أن يعرض عليها الخطة التى سيتبعها ومتى تمت الموافقة عليها (إذا كانت صالحة للتنفيذ تتم الموافقة عليها من مصلحة الصحة القومية) ، فإن الجمعية تمده بالمعدات والأدوية ، بل وبمبلغ شهرى لدفع أجور الموظفين . ولما كانت التقارير الدورية تقدم إلى الجمعية فإنها تقوم بدور منظم المعلومات . وتجمع منها ما تثبت صحته رسمياً . وليس للجمعية أى وظيفة رقابية، كما أنها لا تمارس أى سلطة على مراكز تحديد النسل .

واليوم توجد مراكز لتحديد النسل فى كل مستشفيات سنتياجو العامة ، كما توجد أيضا فى مستشفيات الأقاليم ، وفى مختلف المؤسسات مثل الجامعة الكاثوليكية وهيئة الخدمات الصحية القومية للعاملين والصليب الأحمر . وقد شكلت كل من وزارة الصحة ومصلحة والصحة لجنة خاصة لمعالجة مشكلات تنظيم الأسرة . وقد قررت هذه اللجنة ضم هذا العمل إلى البرنامج المعتاد لرعاية الأمهات والأطفال . واعتباراً من سنة ١٩٦٨ سيكون الهدف حماية ١٠٠

فى المئة من السيدات ضد الحمل من بين اللاتى دخلن المستشفى بسبب الإجهاض غير الشرعى ، وبين ٤٠ فى المئة من الأمهات اللاتى جئن للولادة ، وبين ١٠ فى المئة من السيدات اللاتى دخلن المستشفى أو المراكز الخارجية لأسباب أخرى ، ولكن فى سن الإنجاب .

وليس من الضرورى أن نضيف هنا أن معظم هؤلاء السيدات المريضات يأتين برغبتهن الخاصة إلى هذه العيادة ، وبعضهن يأتين بناء على نصيحة طبيب محب للخير . وتقدم هذه العيادات عادة كل وسائل منع الحمل التى ترغب فيها السيدات على طريقة « الكافيتريا » حتى تختار كل سيدة الوسيلة التى تناسبها بكل حرية دون تدخل أحد ، والأغلبية الكبرى من السيدات ترفض استخدام فترة الأمان . وقد قدمت مجموعة من الأطباء الكاثوليك بحثاً إلى المؤتمر السابع للاتحاد الدولى لتنظيم الوالدية ، يسجل فشل هذه الوسيلة إلا فى حالة الاختيار الدقيق لنوع الزوجين اللذين يمكن أن يمارسا هذه الطريقة . وتفضل السيدات الشيليات الواقى الرحمى أو الحبوب أكثر من أى وسيلة أخرى . وفى البداية كان الواقى الرحمى هو الوسيلة المفضلة التى تحتل المكانة الأولى ، ولكن الحبوب أصبحت لها نفس الشعبية ، بل أصبحت أكثر إقناعا لأنها تباع فى الصيدليات والمحلات العامة ، ولا تتطلب أى تذكرة طبية ولذلك تنفذ غالبا (كما ينفذ الشريط والنايلون الذى يستخدم لصناعة حلقة زيبر) . وقد تم أخيراً البدء فى مشروعين تجريبيين لتركيب الواقى الرحمى فورا بعد عملية الإجهاض ، أو بعد ثلاثة أيام من الولادة قبل أن تترك السيدة المستشفى . وحتى الآن فإن نتائج هذه التجربة مرضية للغاية .

وتقوم الجمعية الشيلية بإصدار نشرة شهرية يوزع منها ٤٠ ألف نسخة مجانية فى كل أنحاء البلاد وخارجها . وأحيانا تدعو الضرورة إلى إعادة طبع هذه النشرات لمواجهة الطلبات المتزايدة عليها . وأخيرا تم إنتاج فيلم عن الإجهاض بواسطة قسم الأفلام التجريبية فى جامعة شيلى ، فلقى إقبالا شديداً حتى لقد

تم إعداد نسخ كثيرة منه للعرض فى شيلى ، وأخرى فى الدول الناطقة باللغة الإسبانية ومن بين بعض أعضاء الجمعية — وخصوصا أعضاء مجالس الإدارة — من اكتسبوا شهرة كخبراء فى النواحى السكانية والتناسل البشرى، والإخصاب، والاجهاض . وتقويم برامج تحديد النسل ، وكثيراً ما يدعون إلى المؤتمرات الدولية ، أو إلقاء المحاضرات فى أنحاء العالم . وكثير من مشروعات البحوث التى يتضمنها البرنامج فى تقدم مستمر . وكثير من وسائل الدعاية قد بدأت تظهر ، ومنذ سنة ١٩٦٤ تم إعداد دورات تدريبية ، استغرقت كل واحدة مدة شهر ، لأطباء أمريكا اللاتينية والعاملين فى ميدان الصحة . وكانت هذه الدورات التدريبية تنظم ثلاث أو أربع مرات كل سنة . وكانت مختلف الدول تحضرها ما عدا المكسيك ، وبناء على طلب وزارة الصحة ، وعدد من مشاهير أطباء كوبا، قام وفد من الجمعية بجولة فى كوبا وكوستاريكا لإلقاء المحاضرات .

وفى مؤتمر الاتحاد الدولى لتنظيم الأبوة ، الذى عقد فى أبريل سنة ١٩٦٧ خصصت أمسية لمناقشات المائدة المستديرة حول موضوعات الشباب والثقافة الجنسية . وقد تم فى هذه المناقشة توجيه الأسئلة إلى سبعة من خبراء الثقافة الجنسية من ذوى الشهرة العالمية ، وحضرها ألفا شخص معظمهم من الطلبة والأساتذة . وقدمت مئات من الأسئلة المكتوبة التى بينت جهلا شديداً وسذاجة ، لكنها لم تتسم أبداً بالنية السيئة . وقد ساد الشعور حينئذ بأنه تم أخيراً القضاء على مؤامرة الصمت حول هذا الموضوع . ومنذ ذلك الوقت والطلبات تنهال على المسئولين من المؤسسات التعليمية والاجتماعية بمختلف أنواعها لعقد مثل هذه المحاضرات . وقد زاد الاهتمام بالثقافة الجنسية ، وتم تدريب المتخصصين فى هذا المجال . كما تم توفير الأدوات التعليمية والبرامج لاستخدامها فى مختلف المراحل التعليمية . .

ومنذ استقر التعاون فى الميدان الدولى لتنظيم الأسرة ، لم يكن هناك داع لحل الجمعية الشيلية لحماية الأسرة ، حتى عندما بدأت المنظمات الحكومية الرسمية

تستعد لتحمل المسئولية في المستقبل ، وذلك لأنه سوف يكون هناك حاجة دائمة إلى الحصول على المعونات الأجنبية للإنفاق منها على أوجه الخدمات المختلفة ، وسوف يكون هناك أيضاً ضرورة التعاون بين الهيئات المتطوعة الاخرى لسد أوجه النقص واختيار الاتجاهات والأساليب الجديدة في ميدان تنظيم الأسرة . وقد بدأ نشاط الجمعية الآن في الاتساع ، ونتيجة لذلك زادت ميزانيتها ، كما أن دائرة مشروعاتها زاد حجمها ، وبدأ العمل فيها بشكل واضح ، ومن بين هذه المشروعات تقدير الأعمال التي تم إنجازها حتى الآن في ميدان تنظيم الأسرة وآثارها في معدل المواليد وحالات الإجهاض ، كما أن هذا المشروع يعتبر بداية بناء نظام دائم للتقويم . وكما سبق القول فإن الجمعية تعمل على إرساء قواعد برامج الثقافة الجنسية للطلبة والجمهور بطريقة حديثة ، وعلى مجال واسع ، فهي تقوم بتدريب مجموعة من المتطوعين معظمهم — من المتطوعين في المستشفيات — وستشترك في هذه الدورات ربات البيوت (غالباً من زوجات الأطباء) ؛ وذلك حتى يؤهلن للعمل في عيادات تحديد النسل ، وقد نقحت الجمعية برامج التدريب للأطباء والعاملين في المستشفيات ؛ وذلك للعمل على نشرها ، كما قامت بإعداد طرق الاتصال بالجماهير ، وموارد الدعاية التي سوف تقدمها في سنة ١٩٦٨ ، عام حقوق الإنسان . وسيتم قريباً تدريب عدد كبير من المولدات والممرضات وغيرهن لتوفير نوع من الاستقلال الذاتي لهن في مجال العمل ، ولتعويض النقص الموجود في القوى العاملة من الرجال . وستسعى الجمعية أيضاً لضم عدد أكبر من الرجال إلى برنامج تحديد النسل ، وعندما تمكن الموارد المادية والبشرية شيئي من الاستجابة للطلبات الحالية بطريقة فعالة فإن وسائل تثقيف الجماهير والدعاية سوف يكون لها أثرها ، وبهذه الأهداف تنظر الجمعية إلى المستقبل نظرة تفاؤل وثقة .

١٤
الولايات المتحدة : جهود جديدة ولكنها مازالت غير كافية

ليزلي كورسا

إن التغيرات التى حدثت فى ميدان تنظيم الأسرة فى الولايات المتحدة الأمريكية خلال السنوات العشر الأخيرة لا تقل أهمية وإثارة عن التغيرات التى حدثت فى ذلك الميدان فى بقية أنحاء العالم . ويجب أن نضع فى الاعتبار أن برنامج تنظيم الأسرة فى الولايات المتحدة يعمل وسط ظروف ، واستناداً إلى خلفية تاريخية تختلف كل الاختلاف عما ذكرناه فى بداية هذا الكتاب ، مما يجعل من الضرورى تفهم بعض الحقائق عن هذه الظروف والخلفية التاريخية حتى ندرك أهمية التغيرات التى حدثت .

إن تنظيم الأسرة تطلق عليه أسماء أخرى متعددة مثل : « تحديد النسل » ، و « تنظيم الأبوة » ، (وهو يطلق على أى اتفاق أو تصرف يتم بين زوجين لتنظيم عملية إنجاب الأطفال المراد إنجابهم وتحديد عددهم والوقت الملائم لذلك) . ومن ثم فهو يعتبر أمراً خاصاً من شئون الأسرة وحدها . أما جذور هذه الفكرة فهى قديمة فى الولايات المتحدة قدم الأمة الأمريكية نفسها ، ولا يزال يمارسها حتى الآن عدد كبير من الأسر ، ويزداد هذا العدد يوماً بعد يوم ، وبرامج تنظيم الأسرة التى تتولاها الحكومة جديدة ، ولا تزال صغيرة ، وإن كانت تزداد بسرعة كبيرة .

ومنذ قامت الولايات المتحدة بثورة الاستقلال عن بريطانيا فى العقد

الثامن من القرن من الثامن عشر ظلت تشجع زيادة عدد السكان طوال الشطر الأعظم من تاريخها ، وذلك بسبب مواردها الطبيعية الهائلة التي كانت تنتظر الثورة الصناعية لاستغلالها واستثمارها. وفي الوقت نفسه حققت عبء الزيادة السكانية في دول غرب أوروبا خلال حركة الانتقال السكانية ، ولكن في نهاية الحرب العالمية الأولى قرر الكونجرس الأمريكي أن البلاد لا تستطيع تحمل أعباء هذه الأعداد الكبيرة من المهاجرين ، وطالب بتشديد قيود الهجرة إلى البلاد تدريجيا . وفي سنة ١٩٦٥ صدرت التشريعات الجديدة الخاصة بإلغاء قيود الهجرة الشائنة التي كانت تمنع بعض الشعوب والأجناس من الهجرة إلى الولايات المتحدة ، والتي ظلت نافذة المفعول سنوات طويلة ، على أن هذه التشريعات لم تلغ القيود التي تحدد العدد الإجمالي من المهاجرين ، بنسبة أقل من ٢ في الألف من عدد السكان ؛ لذلك فإن النمو السكاني في الولايات المتحدة يقوم في جوهره على التوازن بين الوفيات والمواليد . والمعروف أن معدل الوفيات استمر في الانخفاض بطريقة منظمة لعدة سنوات حتى وصل إلى معدله الحالي وهو ٩,٥ في الألف من السكان ، كما هبط معدل المواليد خلال سنوات طويلة إلى ١٨ في الألف مولود سنوياً . ولكن بالرغم من هذا فإن الهبوط في معدل المواليد لا يزال يتم بطريقة غير منتظمة . والواقع أنه ارتفع بعد الحرب العالمية الثانية بطريقة مخيفة من ١٨ إلى ٢٦ في الألف مولود في السنة ، ثم استقر لمدة ١٥ سنة فوق ٢٤ في الألف مولود بسبب ازدياد عدد المواليد الذين أرجأ الناس إنجابهم خلال فترة الحرب والكساد الاقتصادي وبسبب انخفاض سن الزواج بعد الحرب ، وقد كان الانخفاض السريع في عدد المواليد منذ سنة ١٩٥٧ ، يرجع إلى زوال هذين السببين ، وانسبب آخر ، هو إقبال الناس على استعمال وسائل منع الحمل ، وخصوصا حبوب الفم منذ سنة ١٩٦٠ ، وقد وصل معدل النمو السكاني حالياً في الولايات المتحدة إلى ما يقرب من ١ في المئة في السنة (ويدخل في هذه النسبة أرقام الهجرة) ، ووصل معدل السن عند أول زواج ٢٠,٥ سنة في المتوسط ، ومتوسط عدد الأطفال الذين ترغب الأسرة في إنجابهم ثلاثة أطفال ونصف طفل في المجموع.

وإلى وقت قريب كانت الزيادة السكانية فى الولايات المتحدة وكأنها خير وبركة للبلاد ، وأنه يمكن السيطرة عليها عن طريق الأفراد الذين ينظمون نسلهم . وترتب على ذلك أنه لم يبدأ تفكير جاد فى ضرورة إيجاد سياسة سكانية للدولة إلى العدد المثالى للسكان فى الوقت الحاضر والمستقبل مع توفير كل الوسائل والإمكانيات التى تمكن الأهالى فى الولايات المتحدة من الوصول إلى هذا العدد المثالى . وأخذ الأمريكيون يدركون شيئا فشيئا أن حجم السكان وتوزيعهم وكثافتهم من الأسباب الرئيسية لكثير من مشكلات الأمريكيين فى الوقت الحاضر ، مثل مشكلات تلوث الهواء والماء ، وتدهور حالة المدن ، وعدم كفاية وسائل المواصلات ، والتعليم العالى ، والخدمات الصحية ، وعدم وجود أراض فضاء لتحويلها إلى حدائق . وقد اعترف الزعماء المدنيون وأساتذة الجامعة والمسئولون الرسميون فى الحكومة بكل هذه المشكلات . وقد كتب « ستيوارت أودال » وزير الداخلية بصراحة عن تأثير النمو السكانى فى الموارد الطبيعية فى الولايات المتحدة . كما أعرب بعض المسئولين الرسميين فى الولايات المتحدة فى تصريحاتهم عن السياسة السكانية للأمم المتحدة عن اهتمام الحكومة بمشكلاتها السكانية ، وأكدوا خطورتها فى ولاية مثل ولاية كاليفورنيا التى وصل معدل النمو السكانى فيها أكثر من ٣٪ واعترفت أيضا كل من الأكاديمية الوطنية للعلوم (١٩٦٥) ، وهيئة الصحة العامة الأمريكية (١٩٥٩ و١٩٦٤و١٩٦٧) ، ونادى سيرا (١٩٦١) ، والهيئات الخاصة الأخرى ، بالآثار الضارة للزيادة السكانية فى مجال اختصاصها . ومن المحتمل أن تنتهج الولايات المتحدة الأمريكية سياسة سكانية شاملة صريحة خلال السنوات العشر القادمة ، ولكن يجب الاعتراف بأنه لا توجد مثل هذه السياسة فى ١٩٦٩ .

ومن ناحية أخرى فإن القوانين والعادات والمعتقدات الدينية حول تنظيم الأسرة مازالت موجودة ومنتشرة وتمثل مختلف الاتجاهات ، لكنها فى سبيل التغيير بعد سنوات طويلة . وقد كان كثير من القوانين — التى وضعت فى أواخر العقد الثامن من القرن التاسع عشر كجزء من الحملة ضد الرذيلة التى قادها أنتونى

كومستوك – تمنع نشر أى معلومات عن وسائل منع الحمل ، كما تمنع توزيعها واستخدامها . ومن سخرية القدر أن هذه القوانين بالذات التى اقترحتها الأغلبية الحاضرة أصبحت مثار نزاع سياسى كبير عندما وجدت الحركة النسائية والبروتستانتية لتحديد النسل فى العشرينيات من هذا القرن أن الأقلية الكاثوليكية الرومانية تدافع عن هذه القوانين بشدة ، وكانت آخر القوانين التى تم إلغاؤها أخيراً ، والتى كانت تضع قيودها على استخدام وسائل منع الحمل هى قانونا ولايتى « كونيكتكت وماساشوستس » ، وذلك بعد أن أعلنت المحكمة العليا للولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٦٥ عدم دستورية قانون ولاية « كونيكتكت » ، وبعدها عدلت ولاية « ماساشوستس » قانونها سنة ١٩٦٦ . ولايزال الضغط مستمراً فى كثير من الولايات للتحرر من القيود التى وضعتها القوانين على الإجهاض المتعمد . وكانت أول هذه القوانين الجديدة التى تحررت من هذه القيود هى قوانين كل من ولاية « كولورادو ، ونورث كارولينا ، وكاليفورنيا » سنة ١٩٦٧ .

ولما كان الإجهاض المتعمد يتعرض للكثير من سوء الفهم فى مختلف أنحاء العالم ، فمن المناسب أن نعقب ببضع كلمات على حالة الإجهاض فى الولايات المتحدة . والمعنى المقصود من الإجهاض هنا هو : منع الحمل فى مراحله الأولية . وقد كان هذا التصرف مسموحاً به فى الولايات المتحدة الأمريكية فى حالة إنقاذ حياة الأم فقط . وبالرغم من ذلك فإن هذا الإجهاض الشرعى غير منتشر فى الولايات المتحدة ، لكنه يتم بالنسبة للحالات التى تتعرض فيها صحة الأم للخطر ، أو فى حالة منع ولادة طفل مشوه . ونسبة هذه الحالات هى ٣ أو ٤ حالات إجهاض لكل ألف حالة ولادة . ونفس هذه الحالة العامة هى السائدة فى كندا وغرب أوربا بالنسبة للإجهاض الشرعى ، ماعدا الدول الاسكندينافية حيث تعتبر صحة الأم ، احتمال وجود جنين مشوه ، وانتهاك العرض ، من المبررات الكافية للقيام بعملية الإجهاض . وبالرغم من ذلك ففى السويد لايوجد غير خمس حالات إجهاض بين كل ألف حالة ولادة .

ويكاد تقدير مدى انتشار الإجهاض غير الشرعى فى الولايات المتحدة يكون موضعاً للحدس والتخمين . وتختلف تقديرات الخبراء فى هذا الشأن ؛ فمن قائل إنه توجد حالة إجهاض واحدة بين كل أربعة أطفال يولدون ، ومن قائل إنها حالة واحدة بين كل عشرين ، وتحاول الهيئات المختلفة الحصول على تقديرات موثوق بها حول الإجهاض بإجراء مسح بين ربات البيوت ولكنه يبقى دائما شك حول استعداد هؤلاء الزوجات للتحدث إلى رجل غريب عن مثل هذه الأمور فى مقابلة خاصة ، لكن الأمر الذى بات مؤكداً هو أن نسبة وفيات الأمهات نتيجة الإجهاض المتعمد لا تزال فى ارتفاع مطرد فى الولايات المتحدة ، على أن هذه النسبة تمثل الحالات القليلة المعروفة من الإجهاض ، وما خفى كان أعظم . ومن ناحية أخرى فإن تاريخ حالات هذه الوفيات التى يتم تسجيلها وحصرها بواسطة لجنة وفيات الأمهات فى النقابات الطبية ، وفى الإدارات الصحية ، ومن خلال الدراسات التى تقوم بها المستشفيات الخاصة فى طول البلاد وعرضها ، تعتبر فى حد ذاتها من أقوى المبررات لتغيير قوانين الإجهاض وممارسته .

وقد تغير تفكير الأمريكيين بالنسبة للإجهاض نتيجة قيام عدد من الحكومات بإباحته فى قوانينها بشروط صحية ، وجعله حقاً لأى سيدة تريده . وتفيد المعلومات التى أمكن الحصول عليها من دول مثل اليابان والاتحاد السوفييتى وبلغاريا وتشيكوسلوفاكيا والمجر وألمانيا الشرقية ورومانيا وبولندا ويوجوسلافيا ، أنه لم يكن غريباً أن تتساوى حالات الإجهاض الشرعى وعدد المواليد الأحياء فى سنة واحدة . وهناك حقيقة أخرى هامة ظهرت من خلال تجارب هذه البلاد ، وهى أن تعرض الأمهات لخطر الموت نتيجة لحالات الإجهاض غير الشرعى أقل من نسبة الوفيات التى تحدث نتيجة لتكرار حالات الحمل والولادة ، ونتيجة لعدم إباحة الإجهاض تذهب الأمريكيات إلى اليابان لإجراء عمليات الإجهاض ، وهن يتعجبن لماذا لا يحصلن على نفس هذه الحقوق فى بلادهن ؟ . كما أن الأطباء فى الولايات المتحدة يتبرمون بحالة التناقض التى

يعيشون فيما بين القيام باجراء عمليات الإجهاض ، وبين القوانين البالية التى تقيده فى مختلف الولايات . وقد أخذ التبرم الذى اتفق عليه الناس والمتخصصون حول القيود الموضوعة على الإجهاض يؤدى إلى وضع قوانين جديدة فى الولايات المتحدة تماثل من قريب القوانين المعمول بها فى الدول الاسكنديناقية . فى هذه الدول سوف يزول الإجهاض غير الشرعى ، لكن من المحتمل أن يزيد عدد السيدات اللاتى يلجأن إلى الإجهاض الشرعى إلى عشرة أضعاف . وبالرغم من القيود القانونية والدينية فإن الأمريكيين استعملوا وسائل منع الحمل على نطاق واسع . فإذا استثنينا عشر الزوجات — وهن المصابات بالعقم (ومعظمهن أجريت لهن عمليات جراحية للتعقيم ، أجرى نصفها لمعالجة حالة مرضية) — وجدنا نحو ٨٥ فى المئة من السيدات يستخدمن وسائل منع الحمل على اختلاف بينهن فى ذلك . مثال ذلك أن النساء البروتستانت يستخدمن وسائل منع الحمل أكثر من الكاثوليك . . والبيض أكثر من الزنجيات ، وخريجات الجامعات أكثر من خريجات المدارس ، والغنيات أكثر من الفقيرات .. لكن كل هذه الاختلافات قد بدأت تزول خلال السنوات العشر الماضية ؛ فالزوجات من غير البيض يتفقن مع الزوجات البيض حول الرغبة فى إنجاب نفس العدد من الأطفال ، وإن كن ينجبن عدداً أكبر لأنهن يستخدمن وسائل منع الحمل بنسبة أقل . وتدل المعلومات الحالية على أنه كلما قل تأثير ثقافة المناطق الريفية وتقاليدها القديمة فى الجنوب الشرقى ، قلت الاختلافات فى معدلات الخصوبة بين الزوجات البيض وغير البيض .. والدليل على ذلك أنه فى سنة ١٩٦٠ أنجبت الزوجات من غير البيض اللاتى حصلن على تعليم جامعى عدداً من الأطفال أقل مما أنجبته الزوجات البيض .

هـذا وتطرأ تغيرات سريعة على مدى استخدام وسائل منع الحمل المختلفة بين الأسر الأمريكية عندما تظهر وسائل جديدة أكثر فعالية . فى سنة ١٩٥٥ ، مثلا ، كانت الأسر البيضاء تستخدم الحاجز الذكرى (بنسبة ٢٧ ٪) ، والديافراجم (٢٥ ٪) ، وفترة الأمان (٢٢ ٪) ،

والدش (٨ ٪) ، والقذف الخارجى (٧ ٪) ، والكريمات فقط (٤ ٪) .
وفى سنة ١٩٦٥ كانت ٢٤ فى المئة من هذه الأسر تستخدم حبوب منع الحمل عن طريق الفم ، و ١٨ فى المئة تستخدم الحاجز الذكرى ، و ١٣ فى المئة فترة الأمان ، و ١٠ فى المئة الديافراجم ، و ٦ فى المئة الدش ، و ٥ فى المئة القذف الخارجى ، و ٢ فى المئة الكريمات فقط . (أما بقية الأسر البيضاء فكانت تستخدم مزيجاً من هذه الوسائل) . ويعتبر إقبال نسبة كبيرة من السيدات الكاثوليك على استخدام وسائل منع الحمل عن طريق الفم من أهم الحقائق التى حدثت فى الولايات المتحدة ، فقد وصل عدد السيدات الكاثوليك اللاتى يستخدمن هذه الوسائل ٢١ فى المئة مقابل ٢٩ فى المئة من غير الكاثوليك ، فى حين كان عدد بسيط يستخدمن وسيلة « الواقى الرحمى » إلا أن هذا العدد يزداد باطراد ، ويحصل معظم الأمريكيين على معلوماتهم عن تناسل البشر ووسائل منع الحمل بأحسن الطرق ، فهم يستمدون خدمات وأدوات تنظيم الأسرة من الأطباء الخصوصيين والصيادلة وغيرهم من المؤسسات الاستهلاكية ، التى تقوم بتصريف وسائل منع الحمل المختلفة التى تنتجها الصناعات الأمريكية الخاصة وتشرف عليها هيئة الأغذية والأدوية الأمريكية . وكلما توافرت وسائل جديدة وجيدة لمنع الحمل تتطلب خدمات الأطباء ، ازداد اهتمام أصحاب المصانع والأطباء بها .

بيد أن معلومات واتجاهات الأطباء الأمريكيين بشأن تنظيم الأسرة قد تأثرت بالتحريم الاجتماعى العام الذى كان يحظر وصول أى معلومات لهم عن تحديد النسل ؛ وذلك عن طريق منعها عن البرامج التعليمية فى مدارس الطب ، وعن الذين يمارسون مهنة الطب أنفسهم . وفى هذا أثبت البحث الذى جرى أخيراً فى المدارس الطبية فى الولايات المتحدة ضآلة المعلومات التى يتلقاها الطلبة حول المشكلة السكانية وتنظيم الأسرة حتى فى الوقت الحاضر . ولذلك أخذت الهيئات الحكومية والمؤسسات الخاصة والمؤسسات الصناعية تخطو خطوة جديدة لمساعدة المدارس الطبية فى تطوير المناهج الطبية بما يتمشى

مع الاتجاهات الحديثة ، وذلك حتى يحصل الأطباء الجدد على معرفة أحسن وخبرة أكثر فى ميدان تنظيم الأسرة عندما يبدأون حياتهم العملية ، لكن الأغلبية العظمى من الأطباء الذين يمارسون الطب فعلا لا تتاح لهم الفرصة لتعلم كل شيء من الوسائل الجديدة لمنع الحمل ، ولذلك تراهم يتمسكون بالأفكار المحافظة والقديمة ، ولا يبادرون إلى مساعدة المرضى الذين تقتضى حالاتهم تطبيق وسائل تنظيم الأسرة عليهم ولكنهم لا يطلبونها .

ومنذ سنوات طويلة ظلت الأسر ذات الدخل المنخفض تستطيع الحصول على هذه الخدمات من الهيئات الخاصة لتنظيم الأسرة ومعظم هذه الهيئات تتبع اتحاد تنظيم الوالدية بأمريكا ، الذى ضم فى ديسمبر سنة ١٩٦٧ ١٨٤ هيئة فى ٢٧ ولاية ، وفى إقليم كولومبيا . وهذه الهيئات الخاصة أشرفت على رعاية ٣١٠,٠٠٠ أسرة خلال سنة ١٩٦٧ ، أى حوالى ٦ فى المئة من الأسر ذات الدخل المنخفض التى تم بحث حالتها ، وثبت أنها فى حاجة إلى مثل تلك الخدمات (٧٥ فى المئة من هذه الأسر تستخدم حبوب الفم و١٢ فى المئة تستخدم الواقى الرحمى) . وقد كانت هيئات تنظيم الوالدية وسيلة دائمة وضرورية لإدخال البرامج العامة لتنظيم الأسرة فى العالم كله ، وفى الولايات المتحدة أيضا . وبدأت الحركة الخاصة لتحديد النسل فى الولايات المتحدة فى العقد الثانى من القرن العشرين من أجل تحرير النساء الأمريكيات من النتائج الصحية والاجتماعية المترتبة على إنجاب طفل غير مرغوب فيه . ومن أعظم الرواد الأوائل فى هذا السبيل « مسز مارجريت سانجر » (أول رئيسة للرابطة القومية لتحديد النسل) التى تأسست سنة ١٩١٧ وأطلق عليها فيما بعد اسم « اتحاد تنظيم الأبوة بأمريكا » . وقد اندمج هذا الاتحاد فى هيئة « الحملة العالمية للطوارىء السكانية » فى سنة ١٩٦٢ وكونا معا منظمة قومية لتوحيد الجهود بشأن الأزمة السكانية تحت رئاسة « آلن ف . جوتماتشر » ، وهو طبيب مولد أمريكى له مكانة عظيمة فى الأوساط الطبية والعامة ، وأطلق على المنظمة الجديدة اسم « تنظيم الوالدية والمشاكل السكانية العالمية » .

ومنذ عهد قريب تم إنشاء منظمة جديدة قوية أطلق عليها اسم « لجنة الأزمة السكانية » برياسة الجنرال « وليم درابر » لحث السلطات التشريعية والتنفيذية على اتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجة المشكلات السكانية سواء فى الداخل أو فى الخارج .

وقد كانت المسألة العامة الرئيسية بشأن تنظيم الأسرة خلال السنوات العشر الماضية هى : هل تقوم الحكومة أو لا تقوم بإعانة وتمويل خدمات تنظيم الأسرة حتى تستطيع الأسر التى تعتمد على القطاع العام الحصول على وسائل منع الحمل بسهولة مثل بقية الأمريكيين؟ وقد جاء هذا التساؤل نتيجة سبب هام وقوى هو وجود اختلاف بين أنواع وسائل منع الحمل التى يستخدمها الفقراء والتى يستخدمها الأغنياء . ذلك أن الأغنياء يستطيعون الحصول على أحدث هذه الوسائل وبسهولة تامة ، وخصوصا حبوب الفم والواقى الرحمى ، وهى وسائل تحتاج إلى خدمات طبية خاصة ، فى حين أن الفقراء يحصلون على الوسائل والخدمات الطبية من القطاع العام ، ولم يكن فى هذا القطاع حتى سنة ١٩٦٠ أى نوع من وسائل منع الحمل نتيجة الخلاف الدينى والسياسى . وقد تم حل هذه المشكلة نهائياً بالاتفاق على إعانة خدمات تنظيم الأسرة بواسطة الهيئات المحلية والولايات والحكومة الفيدرالية ، كما يتضح فى شتى أنحاء البلاد . وهدف برامج تنظيم الأسرة فى الولايات المتحدة — كما صرح الرئيس السابق جونسون فى خطبته عن التعليم والصحة أمام الكونجرس فى مارس سنة ١٩٦٦ — هو أن يكون « من حق كل أسرة الحصول على المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة التى تمكنها من حرية اختيار عدد الأولاد الذين تريد إنجابهم ، والوقت الملائم بين ولادة كل طفل وآخر ، وذلك حسبما يرضاه ضمير كل فرد » .

وفى بداية الأمر حاق الفشل بالمحاولات التى بذلت داخل الكونجرس الأمريكى لحثه على تحديد سياسته الخاصة بتنظيم الأسرة بالرغم من الجهود التى بذلها سيناتور ولاية آلاسكا « ايرنست جروننج » وبقية الأعضاء .

لكنه عندما أصبح لمعظم الولايات سلطاتها التشريعية الخاصة بها فى سنة ١٩٦٦ وأصبحت هى المنفذ الفعلى لبرامجها فى ميدان الرعاية الصحية ، وعندما طالبت ولاية كاليفورنيا رسمياً بأن يكون تنظيم الأسرة من الخدمات الأساسية التى تقدم فى إدارات الصحة المحلية ، بدأ الكونجرس الأمريكى ، بالفعل ، فى سن التشريعات التى تقضى بإعطاء الأولوية لخدمات تنظيم الأسرة فى البرامج الصحية للأمومة والطفولة ، كما أعطاها الأولوية أيضا فى المعونات التى تقدم لبرامج محاربة الفقر وبرامج الرعاية الصحية .

وفى سنة ١٩٦٩ سوف تتوافر الخدمات الحكومية للفقراء فى ميدان تنظيم الأسرة عن طريق مصادر عديدة مختلفة تجعل من الصعب التنسيق بينها وتقدير الخدمات التى تقوم بها ، وقد أثبتت الإحصائيات أنه تتم فى الولايات المتحدة ٩٨ فى المئة من حالات الولادة فى المستشفيات ، مما يجعل تقديم خدمات تنظيم الأسرة — عن طريق إضافتها للخدمات الصحية للأمومة — شيئا سهلا للغاية . لكن هناك حقيقة مؤكدة وهى أن معظم الخدمات الصحية للأمومة المخصصة للفقراء غير كافية ومبعثرة ولا تنسيق بينها فى معظم أنحاء البلاد . فبينما نجد أربعة أخماس الشعب يحصل على الرعاية الصحية من القطاع الخاص الذى يمثله الأطباء الخصوصيون والمستشفيات والصيدليات ، نجد خمس الشعب ، وهم الفقراء ، يتلقون الرعاية من هيئات القطاع العام القليلة المتناثرة والمنفصلة بعضها عن بعض من حيث نظامها الاقتصادى والعاملون بها . على أن الولايات المتحدة تشهد الآن تغييراً جوهرياً فى طرق وأساليب تمويل الخدمات الصحية للفقراء وتزويدها بالمعدات والرعاية الطبية وتوحيدها عن طريق الضرائب التى سوف تمد القطاع الخاص بمبالغ تساعد على رعاية الفقراء . وفى نفس الوقت تبذل الجهود لتحسين خدمات لتنظيم الأسرة من خلال برامج الرعاية الصحية العامة ، بجانب الوسائل الإضافية مثل محاربة الفقر والرعاية الخاصة للأمومة والجهود العظيمة التى يقوم بها « اتحاد تنظيم الوالدية بأمريكا » . وتدل التقديرات المستقاة من المعلومات غير الكاملة التى أمكن الحصول عليها ، أنه فى سنة ١٩٦٨ كان هناك

من ٢٥ — ٣٠ فى المئة من الأسر الفقيرة تتلقى خدمات صحية فعالة ، بالقياس إلى الحالة سنة ١٩٦٠ ، ووقتها لم تزد النسبة عن ٥ فى المئة . ولكن برغم هذه الزيادة فإنه يبقى ٧٠ فى المئة من الأسر الفقيرة تعانى من نقص الخدمات التى تصل إليها .

إن المسألة الرئيسية فى الولايات المتحدة فى الوقت الحاضر هى مدى أولوية تنظيم الأسرة فى إعانة القطاع العام . وبعبارة أخرى : كم ترغب الحكومة فى إنفاقه على تنظيم الأسرة بالنسبة للإنفاق الكلى على احتياجات الشعب ؟ وقد قدر المبلغ الإجمالى المطلوب سنويا للإنفاق على احتياجات الجمهور بـ ١٥٠ مليون دولار . وهذا المبلغ يمثل قطرة من بحر بالنسبة للميزانية العامة ، وهو أيضا يساوى جملة المبالغ التى سيتم توفيرها والتى تنفق الآن فى المستشفيات على حالات الولادة غير المرغوب فيها ، والتى لن تحدث بعد الآن . وأهم من ذلك أن مستوى المعيشة بين الفقراء سوف يرتفع نتيجة تخلصهم من عبء هذا المولود غير المرغوب فيه . وأخيراً فإن إحدى النتائج الهامة لتنظيم الأسرة ، والتى لا تقل أهمية عن النتائج الأخرى ، هى أنه سوف يحدث انخفاض طبيعى فى معدل وفيات الأطفال فى الولايات المتحدة . وسوف تقل النسبة العالية لوفيات الأطفال فى الأسر ذات الحجم الكبير . على أنه سوف تظل بعض المشكلات الهامة قائمة فى النهاية ، ولا بد أن تؤدى إلى وضع سياسة سكانية تحدد عدد السكان وأهداف الإخصاب على المدى الطويل . وهذا يتطلب بحثاً مستفيضا فى أسباب ونتائج الزيادة والكثافة السكانية والتحكم فيها ، وسيبدأ هذا البحث قريباً فى عدد من المراكز بالجامعات الأمريكية . ومن بين العوامل الجديرة بالبحث : العمالة ، والتعليم ، والصحة ، والإسكان ، والنقل ، والموارد الطبيعية ، والأماكن الترويحية ، والمعيشة بالمدن ، والتنمية الاقتصادية ، والتنظيم الاجتماعى والحكومى . وقد بدأ العمل فى علاج نواحى القصور فى التعليم العام والجامعى الذى يفتقر إلى تثقيف الناس فى مسائل السكان وتنظيم الأسرة ، وبدأت الخطوة الأولى فى هذا السبيل فى تثقيف طلبة الطب ،

والممرضات ، والباحثين الاجتماعيين والمدرسين وغيرهم من أصحاب المهن المماثلة . وقد أخذت البحوث العملية والميدانية فى بيولوجية التناسل البشرى تقترب من المستوى المطلوب الذى يمكننا من فهم الإخصاب البشرى والتحكم فيه فى جميع أنحاء العالم فى المستقبل ، ولكن كل ذلك لايزال فى بدايته . ومع ذلك يجرى العمل لابتكار عدة وسائل جديدة لتحديد النسل مما يبشر بآمال كبيرة في المستقبل. وربما أصبح من الميسور فى غضون السنوات العشر القادمة تحصين المرأة ضد الحمل ، واستعمال حبة لتعقيم الرجال مؤقتاً ، وحبة شهرية لضمان انتظام دورة الحيض الشهرية . وسنعرض فيما بعد فى هـــذا الكتاب لدور المؤسسات والجامعات والحكومة الامريكية فيما تقدمه من مساعدة للبلاد الأجنبية فى شئون السكان .

وتستخدم الولايات المتحدة مواردها المختلفة لمعالجة معظم هـــذه المشكلات بهمة ونشاط ــ ولكن بدون القدر الذى يتفق مع الآثار الهائلة للنمو السكانى التى تتجلى فى شق نواحى الحياة فى أمريكا وفى العالم كله . وإن موجة الاهتمام والنشاط الراهنة ، فى الولايات المتحدة ، وفى كثير من البلاد الأخرى ، لتدل بالتأكيد على أن تغييرات مثيرة تمس إخصاب الجنس البشرى ورفاهيته سوف تحدث فى كثير من أنحاء العالم خلال السنوات العشر القادمة . ونحن نأمل ونرحب أن يظل تنظيم السكان عاملا قويا على الدوام لتعزيز التفاهم الدولى ونشر الرفاهية بين البشر .

القسم الثالث :

مجالات خاصة

١٥
برنامج مابعد الولادة : مدخل جديد

جيرالد زاتوشني

أخذت المؤسسات الحكومية ومنظمات المتطوعين والخاصة على عاتقها جهوداً أساسيا لرفع مستوى الوعى بمنع الحمل بين الفقراء يتجاوزهم إلى خلق مستوى مماثل فى المجموعات الأكثر تعلماً .

وقد أعدت خطط محكمة ، ودربت أعداد كبيرة من العاملين فى تنظيم الأسرة بمراكزهم ، وافتتحت العيادات ، وجرى دعم الاتصال بالأوساط على نطاق واسع ، وأصبحت معدات منع الحمل فى المتناول .

ولم تركز كل وسائل تنظيم الأسرة هذه ، على مجموعة خاصة ، ولو أن قليلا من البرامج التعليمية قد استهدف السيدات المتزوجات فى سن الإنجاب . وفى أغلب الأحيان استعملت هذه البرامج دعاية جماعية من خلال الكتيبات والدوريات والمناقشات الجماعية والمجلات والمذياع ، ولسوء الحظ كان لهذه البرامج ذات النوع الدعائى العام عيب واحد، ألا وهو أن الناس الذين وصلتهم هذه البرامج هم أشخاص من ذوى الدوافع العالية للاستجابة وسيدات من ذوات الأعمار الكبيرة والأطفال الكثيرين . وعلى الرغم من ذلك فإنه فى أى مجتمع من الناس يوجد عدد لا بأس به من السيدات كثيراً ما يبدأ حملهن بعد فترة قصيرة من انتهاء الحمل السابق ، ويتميز هؤلاء بخصوبة عالية ، وبقليل، أو لا شىء يذكر من التعليم ، وسن أقل من الخامسة والعشرين ، وبالفقر ، كما أن كثيراً منهن يرغبن فى تحاشى الحمل بعد ذلك ، ولكنهن لا يعرفن السبيل إلى ذلك .

والبرنامج العادى لا يبدأ فى تقديم الخدمات لهن بسرعة بعد انتهاء الحمل ، ولهذا كثيرا ما يجدهن فى حالة حمل عند بدء تقديم الخدمات لهن ، وعليه فإنه يصبح غير قادر على تقديم خدمات منع الحمل ، وبالطبع فإن نسبة عالية من الإخصاب ، وخاصة ذلك الإخصاب غير المرغوب فيه ، يمكن أن تعزى إلى هؤلاء السيدات . وفى الحقيقة تبين أنه بغير منع الحمل ، وفى غير أوقات الرضاع ، فإن حوالى ٨٠ فى المائة من السيدات فى سن الإخصاب يمكن أن يحملن فى خلال السنة التالية للولادة ، ومن هنا تتضح ضرورة الجهد لاتخاذ إجراء ما ، فكلما مر الوقت بعد انتهاء الولادة ، زاد احتمال الحمل التالى وقلت فرصة منع الحمل .

ولكى نفهم ذلك بشكل أحسن يمكننا أن نقسم الحمل إلى أربع فترات ، كل منها ثلاثة أشهر ، ونبحث دوافع المرأة واهتماماتها فى أثناء كل فترة من هذه الفترات ، ففى الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ، إذا كان هذا مرغوباً فيه يكون أغلب اهتمام المرأة بالأعراض الأولى للحمل ، وبالأسئلة الخاصة عما إذا كان سيمكنها احتمال الحمل خلال الأشهر التسعة . ويكون اهتمامها بالحاضر ، ومن هنا يكون اهتمامها بالمستقبل من ناحية تنظيم الأسرة أقل ما يمكن أو منعدما تماما فى ذلك الوقت .

أما إذا كان الحمل غير مرغوب فيه ، فإن أفكارها تنحصر فى بحث طرق ووسائل إنهائه .

أما فى الأشهر الثلاثة الثانية ، فإن المرأة تصبح واثقة من استمرار الحمل ، وفى هذه الفترة يكون أغلب اهتمامها بشكواها الجثمانية ، مثل الصداع ، وآلام الظهر ، والتعب .

ويكون مدى الرؤية أمامها قصيراً ، فلا تتطلع إلى أبعد من عملية الوضع المنتظرة . ومن ثم يكون من الطبيعى جداً أن يكون اهتمامها بفكرة تنظيم الأسرة أقل ما يمكن .

أما فى الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل فإن أغلب اهتمام المرأة يكون موجها إلى عملية الوضع بذاتها ، وهل ستكون عسرة أو مؤلمة ؟ وهل سيكون الطفل طبيعياً ؟ وهل سيكون ولداً أو بنتا ؟ وهنا أيضا تكون اعتبارات المستقبل قصيرة المدى ، ويكون اهتمامها بتنظيم الأسرة أمرا ثانويا .

ولكن شيئاً غريباً يحدث مباشرة بعد ولادة الطفل ، إذ يصبح الاهتمام بتنظيم الأسرة كبيراً واضحا وممثلا لتغير ذى مغزى فى الدوافع .

وإذا كان لنا أن نسأل امرأة قد وضعت طفلا لتوها : متى تريد أن تصبح حاملا مرة أخرى ، فإن أغلب الردود تكون : « ان تكون هناك مرة ثانية » ، ولهذا فإن الفترة التى تعقب انتهاء الحمل تتمثل فيها قمة الدوافع لتنظيم الأسرة فى النساء . ولكن — كما هى الحال عادة — تترك المرأة بلا نصيحة ولا توجيه ، ولذلك فإن دوافعها إلى تنظيم الأسرة تبدأ فى التناقص بتوالى الشهور ، وبالطبع يحدث الحمل مرة ثانية بعد وقت ما .

وفترة القمة هذه المليئة بالدوافع الشديدة — المسماة بفترة ما بعد الولادة ، والتى تعقب الولادة أو السقط لمدة ثلاثة أشهر — تشكل فترة مهمة من الزمن ، يمكن خلالها توجيه المرأة فيما يختص بمستقبل حمل الأطفال ؛ ففى أى مكان تقدم فيه إلى المرأة خدمات العناية بالأمومة ، سواء فى مستشفى ، أو فى عيادة لرعاية الأمومة والطفولة ، تكون الفرصة سانحة فى نفس الوقت لإمداد مثل هذه السيدة بالتعليم والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة .

ومن الناحية العملية فإن الطريقة الوحيدة ذات الفعالية القصوى للتعرف إلى النساء الأكثر استجابة لتنظيم الأسرة ، إنما تكون فى فترة الحمل الحديث .

ويبدو أن فترة ما قبل وما بعد الولادة من الحمل تمدنا بفرصة فريدة للوصول إلى هؤلاء النساء بطريقة منظمة .

وفى الحقيقة تبين أنه فى محيط المدن ، حيث تحدث أغلب الولادات فى المستشفى ، يمكن الوصول إلى السيدات القابلات للحمل فى خلال فترة ثلاث سنوات ؛ فالمرأة الحامل يمكن معرفتها بواسطة ممرضة ، أو قابلة ، أو طبيب ، وبعد الولادة يمكن إمدادها بالخدمات والتعليم الخاص بمنع الحمل ، فى حالة ما إذا رغبت فى ذلك خلال تيسر بعض الإشراف على الحمل والوضع .

فى كم من البلدان تخضع المرأة لإشراف الطبيب ، أو الممرضة ، أو موظف الصحة ، خلال فترة حملها وفى أثناء فترة ما بعد الولادة ؟ يمكننا أن نقول إنه فى البلدان المتقدمة تخضع كل حالات الحمل والولادة للإشراف .

وكذلك فى الدول النامية ، أو على الأقل فى المراكز الواقعة فى المدن فى هذه الدول ، تجرى العناية بالأمومة فى مؤسسات خاصة ، أو على الأقل ، يجرى الإشراف عليها فى المنزل بواسطة شخص مدرب ، وعلى سبيل المثال فإنه فى كراكاس تحدث ٩٩ فى المائة من الولادات فى المستشفى ، وفى هونج كونج ٩٨ فى المائة ، وفى مانيلا ٧٨ فى المائة ، وفى سنغافورة وفى نيروبى ٥٠ فى المائة ، وفى نيودلهى بالهند ٣٥ فى المائة ، بالإضافة إلى ٤٨ فى المائة من الولادات التى يجرى الإشراف عليها بالمنازل .

وفى البلاد النامية ، حيث تهمل العناية بالنساء الحوامل بعض الشىء ، يجرى الآن إعداد خطط تعطى الأسبقية لإقامة مراكز صحة الأمومة والطفولة ، ويجرى إنشاء هـــذه المراكز فى الريف ، كما يجرى إنشاؤها فى الحضر ، أما مستشفيات الولادة وعيادات الأمومة الموجودة بالفعل ، فإنها تبدو على الأرجح أكثر الأماكن ملاءمة لإقامة مركز تعليمى ، وللخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة ، لأنه فى حالة خدمات الأمومة المنظمة جيدا يمكن الاتصال بالمرضى من خلال عيادات ما قبل الولادة فى أثناء الوضع ، أو خلال العودة ، لكشف المراجعة عليهن الذى يتم خلال ستة أسابيع .

ومع أن هذا المفهوم المتضمن تكامل تنظيم الأسرة مع خدمات الأمومة فى مستشفى ما أو مؤسسة مماثلة ، ليس جديدا على الأقل فى الممارسة الخاصة للطب ، إلا أن أسلوب فهم منع الحمل هذا قد أنكرته النساء الفقيرات على نطاق واسع . ولتدعيم ذلك المفهوم ، بدأ مجلس السكان ما يدعى بالبرنامج الدولى لتنظيم الأسرة بعد الولادة . ولقد بدأت المرحلة الأولى منه فى أوائل ١٩٦٦ ، وتهدف إلى تقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة إلى نساء المدن ذوات الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة فى الأقسام التى تمارس فيها الولادة فى المستشفيات العامة .

ويشتمل البرنامج الآن على ستة وعشرين مستشفى فى تسع عشرة مدينة فى خمس عشرة بلدة فى أنحاء العالم . ولقد اختير لهذا الغرض مدى واسع من الثقافات من أجل إظهار هذا الأسلوب فى علاج المشكلة فى شكل عالمى ، متضمنا عديدا من الديانات الكبرى مثل: الهندوكية ، والبوذية ، والإسلام ، والكاثوليكية ، واليهودية ، والبروتستنتية ، وأديان أخرى . وتقع أربعة من هذه المستشفيات فى أمريكا اللاتينية فى بورتوريكو والمكسيك وفنزويلا وشيلى ، وتقع ثمانية منها فى الشرق الأقصى وجنوب آسيا ، فهى فى اليابان وسنغافورة وهونج كونج والفلبين وتايلاند . وتقع سبعة منها فى الشرق الأوسط فى تركيا ، وجمهورية مصر العربية ، والهند ، وباكستان ، وإيران ، وتقع سبعة منها فى الولايات المتحدة ، وقد اشتمل البرنامج على أكبر ثلاثة مراكز للأمومة فى العالم ، وهى : مستشفى كاندانج كربو فى سنغافورة ، ومستشفى قصر استقبال الامهات فى كاراكاس بفنزويلا ، ومستشفى فرح للأمومة فى طهران بايران . وتضمن البرنامج أيضاً ثانى أكبر مستشفيات الأمومة فى الولايات المتحدة ، ألا وهو مستشفى لوس انجليس العام . ومما يجدر ذكره فى هذا المجال أن المستشفيات الثلاثة الكبرى التى ليست فى الولايات المتحدة تعتبر مسئولة عن جلب حوالى مائة طفل إلى هذا العالم فى كل يوم من أيام السنة .

ونظام البرنامج بسيط ألا وهو :

١ — كل مستشفى مشترك قد أخذ على عاتقه أن يؤكد لكل حالة ولادة أو إجهاض ضمن خدماته ، عن طريق الحديث الشخصى أو الجماعى أو كليهما ، أو وسائل الإيضاح البصرية ووسائل أخرى ، أن تنظيم الأسرة ممكن وسهل وفعال ،وأن خدمات تنظيم الأسرة ممكن الحصول عليها عن طريق خدمات ما بعد الولادة فى المستشفى ، وأن هناك وسائل متنوعة لمنع الحمل تتضمن اللولب يمكن الحصول عليها ، وأن أى امرأة لا تريد طفلا آخر فى السنة أو السنتين التاليتين يجب أن تأخذ فى الاعتبار الاستفادة من هذه الخدمات التى يمكن الحصول عليها.

٢ — هؤلاء السيدات اللاتى لم يعدن لفحص المراجعة الصحية وخصوصا هؤلاء اللاتى عبرن عن اهتمامهن بتنظيم الأسرة تجرى متابعتهن بالبريد أو التليفون أو الزيارات الشخصية وحدها ، أو مع الطرق الأخرى ، حسب مقتضى الحال بواسطة الباحث الاجتماعى أو الموظف المماثل .

٣ — تشتمل الخدمات على توزيع بعض الوسائل ، مثل حبوب منع الحمل ، والمرهم ، والحاجز الغشائى ، واللولب . وكذلك العقاقير المطلوبة للمتابعة تصرف مجانا فى أغلب الأحيان ، مهما يكن الثمن الذى اعتاد المستشفى أن يتقاضاه فى مقابلها .

٤ — حيث إن مثل هذا البرنامج لابد وأن ينشىء شبكة إعلامية من الكلمة المنطوقة ، قد تجلب أخريات من اللاتى لم يلدن حديثا إلى العيادة (من الأصدقاء والأقارب والجيران والمعارف) فلابد أن يكون هناك مكان يتسع لهن ، وأن تحاط السيدات القادمات للوضع علما بذلك .

وفى هذا البرنامج تقوم بإلقاء المحاضرات عادة ممرضة مدربة ، أو باحث اجتماعى مدرب ، أو طبيب فى بعض الأحيان ، وقد يذهب المحاضر إلى أسرة

المرضى ، فإذا لاقى منهن اهتماما فإنهن يدعون إلى المحاضرات الجماعية ، ويكون القيام بالخدمات التعليمية ، وفى كثير من المستشفيات ،على أساس فردى . كما أنه بالإضافة إلى هذه المحاضرات تعقد فصول فى أثناء زيارة ما بعد الولادة . وفى بعض المستشفيات ، وخاصة فى الهند ، يتم إدخال النساء إلى المستشفى أسبوعا أو أسبوعين قبل الولادة ،وذلك بسبب مشكلات النقل ، مما يتيح فرصة أكبر لتعليم المريضة .

والمادة التعليمية التى يجرى تقديمها قياسية إلى حد كبير ، وهى عرض قصير عن الجهاز التناسلى فى الذكور وفى الإناث ، وشرح للأساليب المختلفة لمنع الحمل ، متضمنا مزايا وعيوب كل طريقة . ومع أن محتوى هذا العرض يتغير بعض الشىء ، إلا أن العنصر الأساسى فيه هو السلامة والفاعلية وسهولة الحصول على خدمات تنظيم الأسرة فى المستشفى المعنى . وبجانب التعليم فى أثناء العلاج قام كل مستشفى بتطوير وسائل إيضاحه المرئية الخاصة به ، والتى تتضمن الإعلانات والملصقات المعروضة بوضـــوح فى العيادات أو قاعات المستشفى ، كما تتضمن صحفا ودوريات توزع فى هذين المكانين ، وبالإضافة إلى ذلك فقد أمد مجلس السكان كثيرا من المستشفيات بأشرطة السينما ، والإعلانات الحائطية وأشياء مماثلة .

ولقد جرت محاولة من نوع خاص لإيصال رسالة تنظيم الأسرة إلى الناس فى مستشفى أنقرة للأمومة فى تركيا ، ومستشفى (س . أ . ت) فى تريفاندرم فى الهند ، ففى هذين المكانين أخذ بنظام مخاطبة الجماهير عن طريق مكبرات الصوت الموضوعة فى عنابر المرضى المختلفة ،والتى تذاع منها الرسائل والموسيقى والحكايات المسلية مرات عديدة فى كل يوم ، وتسمع المنصتات إعلانات سريعة عن إمكان الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ، وحكايات مؤثرة تتعلق بتنظيم الأسرة ، وأسئلة وأجوبة حول منع الحمل .

فماذا كانت النتيجة ؟ قيد بالسجلات أكثر من ١٦٠,٠٠٠ كموافقات على

تنظيم الأسرة فى الثمانية عشر شهرا الأولى من العملية ، ولم تكن كل المستشفيات تعمل كل الوقت .

وكان هؤلاء هم النسوة اللاتى بدأن بالفعل بممارسة منع الحمل ، ولم يكن ذلك منهن بمجرد ادعاء ، وكان تسعون ألفا من هؤلاء الموافقات من حالات الولادة والسقط بالمستشفى ، وسمين بالموافقات المباشرات ، وزيادة على ذلك جاء سبعون ألفا من عامة المجتمع وسمين بالموافقات غير المباشرات . ولقد قبل ٢٥ — ٤٠ فى المائة من أصحاب حالات الولادة والسقط تنظيم الأسرة . وإذا ما أخذنا فى الاعتبار أن ٣٠ فى المئة من النساء فى وقت من الأوقات لا يكن مهتمات بتنظيم الأسرة لأسباب وجيهة ، وطرحنا تلك المجموعة جانبا ، تبين أن ما تحقق كان من ٤٥ إلى ٦٠ فى المائة من هؤلاء المهتمات قد قبلن منع الحمل .

وقد بين تحليلنا للموافقات أن هؤلاء النساء أصغر نسبيا فى العمر وذوات عدد أقل من الأطفال (متوسط العمر نحو ٢٥ سنة ومتوسط عدد الأطفال الأحياء حوالى اثنين) . وزيادة على ذلك فإن حوالى ثلث الموافقات لا يزال يريد عدداً من الأطفال فى وقت ما من المستقبل ، مما بين أن تلك النساء قد أقبلن على تنظيم الأسرة على أساس حجم الأسرة وقلة إمكانياتها . والفائدة التى تجنى على المدى الطويل من تشجيع النساء الصغيرات ذوات العدد القليل من الأطفال على ممارسة منع الحمل ، يمكن أن تكون ذات مغزى ، فإن ثلث الموافقات المباشرات ، ونصف الموافقات غير المباشرات قد قررن أنهن استعملن طريقة ما فى السنة الأخيرة من الحاجة إلى المنع ، ويكون أيضا ذا مغزى من حيث إن أغلب الطرق التى اتبعت كانت غير فعالة ، مما يبين أن هناك مكسبا خالصا عند استبدال الطرق الفعالة بالأخرى ذات الفعالية الأقل .

إنه من الشائع أن تنظيم الأسرة مفيد لصحة الأم وطفلها ، وهذا

صحيح جداً ، فقد تبين بما فيه الكفاية أن هناك أخطاراً لا شك فيها تتعرض لها الأم والطفل عندما تلد المرأة أطفالا كثيرين جداً وسريعى التعاقب ، وهذا صحيح بشكل خاص فى المناطق النامية من العالم حيث تكون تغذية الأمهات أقل من المستوى العادى . وقد بينت دراسات كثيرة أن مضاعفات الحمل يعظم تكرارها فى النساء اللاتى لهن أكثر من خمسة أطفال ، فالنزيف ، والعدوى ، والولادة غير الطبيعية ، ، وتمزق الرحم ، والوفاة ، كلها تزيد مع كل حمل بعد الخامس ، ويؤدى الاستنزاف المزمن العناصر الغذائية إلى فقر الدم الناتج عن نقص الحديد واضطرابات نقص البروتينات وحالات أخرى من النقص الغذائى . كما أن الأطفال المولودين فى تعاقب سريع جداً يغلب عليهم أن يكونوا أقل وزناً ، وأن تكون لهم مشكلات غذائية أعظم ، أسبابها (جزئياً) عدم كفاية غذاء الثدى عندما تصبح الأم حاملا مرة أخرى ، ولا تتوقف العناية الطبية ولا مسئوليات الطبيب بالنسبة للسيدة الحامل عند خروجها من المستشفى ، فالممارسة الطبية الجديدة تحتم عرض المرأة على الطبيب بعد أربعة إلى ستة أسابيع بعد انتهاء الحمل ، للتأكد من أن أعضاء الحوض قد عادت إلى حالتها الطبيعية ، أو أن الضغط الناشىء عن الحمل لم يسبب شيئاً غير طبيعى ، وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك اضطرابات كثيرة يمكن أن يحجبها الحمل ، ولا يمكن اكتشافها إلا فى أثناء هذا الفحص بعد الولادة . ولكن فى أغلب الدول النامية ، لسوء الحظ ، لا ترجع النساء إلى المستشفى لهذه المراجعة الصحية الأساسية ، وبدلا من ذلك فإنهن يعتقدن خطأ أن انتهاء الحمل يمثل انتهاء العناية ، وأنهن لن يفحصن إلا عندما يحملن ثانية ، ومتوسط زيارات العودة بعد الولادة هى حوالى ١٥ فى المئة فى أغلب البلدان ، وأغلب هؤلاء هن النسوة ذوات المضاعفات الخطيرة مثل العدوى والنزيف .

ومنذ إقامة برنامج ما بعد الولادة ، والذى يحاط فيه النسوة علما قبل مغادرتهن المستشفى أنه يمكن لهن أن يحصلن على خدمات منع الحمل عندما

يعدن فى خلال ما بين أربعة إلى ستة أسابيع ، زادت زيارات ما بعد الولادة زيادة ملحوظة . فقد تضاعفت النسبة فى كثير من المستشفيات ، وتخضع جميع النسوة العائدات لمنع الحمل للفحص الطبى . وهكذا فإن تقديم خدمة منع الحمل المرغوب فيها يؤدى إلى الاستفادة من الخدمات التى تقوم الحاجة إليها ، ألا وهى الفحص الطبى لما بعد الحمل .

وكجزء من هذا الفحص الطبى وضع كثير من المستشفيات اختباراً جماعياً تشخيصياً لسرطان عنق الرحم يعرف باسم « سحبة بابا نيكولا » . وعلى سبيل المثال ففى « قصر استقبال الحوامل — فى « كاراكاس » عملت ٢٠ ألف سحبة روتينية لثمانية آلاف مريضة ضمن برنامج مابعد الولادة، ويجرى الاختبار على النسوة فى أثناء الحمل ، وفى وقت المراجعة الصحية بعد الولادة بستة أسابيع ، وضمن هذه المجموعة المكونة من الثمانية آلاف سيدة اكتشفت ٧٩ حالة من سرطان عنق الرحم وعولجت . وبلغ مجموع الأطفال الأحياء لهذه السيدات ٣٩٢ طفلا ، فلولا أن أجرى الاختبار عليهن لم يعش أغلبهن أكثر من عشر سنوات على الأرجح .

ولهذا فإن الاكتشاف والعلاج المبكر لهذه الحالات لم يؤثر فى حياة هؤلاء السيدات فحسب ، بل أثر فى الاستقرار العائلى لعائلاتهن ، وفى ثلاثمائة واثنين وتسعين طفلا هم أطفالهن . ويجب أن يراعى أن كثيرا من هؤلاء الأطفال هم من بيت بلا أب ، أى إنه عند موت الأم يتحولون إلى أبناء الطريق .

وإنه لمن المعروف جيداً أن النساء يستعملن الإجهاض كوسيلة لتنظيم الأسرة ، وتكون المضاعفات قليلة عندما يجرى الإجهاض شرعيا فى مكان معقم ، ولكن الآثار الضارة فى النساء اللاتى يمارسن الإجهاض بطريقة غير شرعية عديدة ، وتشكل واحداً من أكثر أسباب موت الأطفال فى العالم ، لذلك فإن النسوة اللائى يستعملن الإجهاض كوسيلة للتحكم فى النسل ، كثيراً ما يدخلن المستشفيات بسبب المضاعفات ، وفى الحقيقة فإن دخول المستشفيات بسبب الإجهاض يشكل ٢٠ فى المئة من مجموع الحالات فى وحدة ما الولادة .

ولقد أمكننا أن نبين أن دخول المستشفيات بسبب الإجهاض غير الشرعى قد قل منذ بدء برنامج ما بعد الولادة ، فى المستشفيات خارج الولايات المتحدة كان النقص ١٢ فى المئة . أما فى مستشفيات الولايات المتحدة فكان ٢٦ فى المئة ، بمعنى أن المرأة التى كانت ستترك المستشفى بعد الولادة لتصبح حاملا بعد أربعة أو خمسة أشهر لتسعى إلى عملية إجهاض ، قد اختارت بدلا من ذلك أن تصبح من مانعات الحمل ، ولاشك أن الفوائد الصحية فى أى مجتمع بسبب قلة الإجهاض غير الشرعى والحاجة إليه شىء هام .

ولقد استخدمت أغلب وسائل منع الحمل فى برنامج ما بعد الولادة ، بما فى ذلك بعض الوسائل التى لا تزال تحت البحث ، وكانت نسب الموافقات بالطرق المختلفة كما يلى :

اللولب ٤٧ فى المئة ، الحبوب بالفم ٣٠ فى المئة ، تعقيم النساء ١٠ فى المئة ، طرق أخرى ١٣ فى المئة .

وكان من بين الأساليب الطريفة لمنع الحمل وضع اللولب مباشرة بعد الولادة ، أى قبل خروج السيدة من المستشفى ، ولقد اتبعت أكثر من خمسة عشر ألف امرأة ذلك الأسلوب ، وكانت النتائج حسنة ، وحدوث المضاعفات والأعراض الجانبية أقل ما يمكن ، ويجرى تعميم هـــذه الطريقة فى كل المستشفيات الأعضاء . وميزة هذا الأسلوب أن كثيراً من النسوة اللاتى لا يرجعن عند إخراجهن من المستشفى للفحص إلا عندما يكن حوامل مرة ثانية — يأخذن درجة عالية من الحماية المباشرة . والنتائج أحسن ما تكون عندما يجرى إغماد اللولب فى اليوم الثالث أو الرابع بعد الولادة ، أو الإجهاض ، ولكنه فى حالات إجهاض كثيرة يجرى الإغماد بعد أن يجرى الطبيب عملية كحت للرحم لإتمام عملية الإجهاض ، فى حين أنه لا تزال المريضة على مائدة العمليات ، ويمكن للمريضة أن تغادر المستشفى فى اليوم الثالث وهى تعلم أنها تمارس طريقة جيدة لمنع الحمل .

وتستعمل موانع الحمل عن طريق الفم على نطاق أوسع ، إذ يبدأ أكثر الأطباء بهذه الطريقة مع المرضى بعد أن يكون الرضاع قد اكتمل شأنه ، أو في أي وقت مع النسوة اللاتي لا يردن إرضاعا لأطفالهن ، وللأقراص عيوبها ، مثلها في ذلك مثل اللولب أو أية طريقة أخرى ، وفي النسوة اللاتي يمكنهم احتمال الأعراض الجانبية البسيطة التي تبدأ في الشهرين أو الثلاثة الأشهر الأول ، تعتبر هذه الطريقة طريقة ممتازة . وبالطبع يجب أن تتعاطى المرأة الحبوب حسب تعليمات صارمة ، وتكون عادة قرصا يوميا لمدة ثلاثة أسابيع ، ثم تتوقف أسبوعا ، ثم تبدأ من جديد ، وفي برنامج مابعد الولادة فإنه مما يثير الاهتمام أن النساء اللاتي تبدأ موانع الحمل عن طريق الفم لايبدو أنهن يداومن عليها لمدة طويلة ، وبمعنى آخر فإن معدلات الانقطاع عالية — أعلى من المعدلات الخاصة باللولب (كما ثبت من دراسات عديدة) ، ويحتمل أن يكون لذلك علاقة بالتيقظ اليومي الذي يجب أن يراعى عند تعاطي الحبوب ، والذي لا أهمية له إطلاقا بالنسبة للولب .

وقد بدأت كثير من المستشفيات تنصح السيدات بعد الحمل بتعاطي موانع الحمل عن طريق الفم قبل مغادرتهن المستشفى . وقد وجد في عديد من الدراسات في المستشفيات أن العيب في استعمال موانع الحمل عن طريق الفم في الفترة ما بعد الولادة مباشرة هو تقليل أو وقف إدرار اللبن . ولهذا فإنه في تلك المناطق من العالم حيث لا يمكن للنساء الحصول على غذاء إضافي يصح أن يكون إعطاء موانع الحمل عن طريق الفم مبكرا عيبا بالنسبة لرضاع الطفل ، ولكن التقدم الأخير الذي يتضمن إعطاء موانع الحمل عن طريق الفم ذات الجرعة الصغيرة ، وبغير إضافة هرمونات التأنيث ، يمكن أن يتلافى به هذا العيب .

وفي خمسة من المستشفيات التي تتبع ذلك البرنامج ثبت أن حقن هرمون طويل المفعول شهرياً ، أو كل ثلاثة أشهر ، طريقة فعالة لمنع الحمل . وبالطبع

يعنى هذا أن المريضة يجب أن تذهب إلى المستشفى كل أربعة إلى عشرة أسابيع للحقن وقد يمكن لبعض النساء أن يفعلن هذا وتصبح الطريقة مبشرة بالنجاح .

ولو أننا تجنبنا ذكر طريقة منع الحمل الذكرية ، لأن أغلب المستشفيات تعالج النساء فقط ، وأننا لا نملك من المعلومات ما يختص بالممارسة مع الذكور إلا أن مستشفيات عديدة لم تهمل الأزواج ، بل راحت تمدهم بالمعلومات والمؤلفات والمحاضرات والأفلام السينمائية فى أثناء انتظارهم زوجاتهم وهن يلدن . وبالإضافة إلى ذلك فإنه فى أثناء فترة الزيارة فى بعض المستشفيات يشجع الأزواج على الانضمام إلى فصول للذكور لتلقى دراسات عن منع الحمل ، كما أن عديداً من المستشفيات توزع القراب (الكبوت) مجاناً أو بأثمان ضئيلة، ولكننا لا نملك معلومات حقيقية عن مدى الاستعمال الكلى له .

ولكى نؤكد النتائج على المدى الطويل فى هذا البرنامج أخذت عينة من النساء من كل مستشفى ، واستجوبت كل ستة أشهر واثنى عشر شهرا بعد القبول ، وقد وجد بعد ستة أشهر أن حوالى ٨٨ فى المئة ممن وافقن لا يزلن يستعملن الطريقة التى اخترنها أصلا . وبالإضافة إلى ذلك فإن ٥ فى المئة قد توقفن عن استعمال الطريقة الأصلية ، ولكنهن تحولن إلى طريقة أخرى مقبولة ، وبهذا فإن عند نهاية الأشهر الستة فإن ٧ فى المئة فقط وجد أنهن لا يستعملن أى نوع من وسائل منع الحمل ، وبعد ١٢ شهرا وجد أن ٦٧ فى المئة ممن وافقن لا يزلن يستعملن الطريقة الأصلية بالإضافة إلى ١١ فى المئة ممن انتقلن إلى طريقة ثانية . ويكون هناك ٨٧ فى المئة من النساء عند نهاية العام لا يزلن يمارسن طرقا فعالة لمنع الحمل .

وقد استجوبت عينة من الموافقات وغير الموافقات بعد ستة أشهر عما إذا كن يعتقدن أنهن حوامل فى هذا الوقت ، وقد وجد أنه من مجموع غير الموافقات البالغ عددهن ٢١٠٠ اللاتى جرى استجوابهن ، فإن واحدة من

كل ١٤ ظنت أنها حامل فى ذلك الوقت ، على حين أنه من بين الموافقات البالغ عددهن ١٩٠٠ اللاتى استجوبن ظنت واحدة فقط من كل ٨٤ أنها حامل فى ذلك الوقت .

وبمعنى آخر كان الفرق يعادل ستة أضعاف حدوث الحمل خلال ستة أشهر بعد الولادة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن واحدة من كل ٣٣ موافقة ظنت أنها قد تكون حاملا ، فى حين كانت واحدة من كل ١١ من غير الموافقات غير متأكدة من الحمل ، ولا شك أن هدوء النفس الذى يصاحب منع الحمل الفعال يمكن أن يكون ذا أثر مفيد فى العلاقة الزوجية .

ومن حالات الحمل المائة والخمسين التى ذكرت بالنسبة لمجموعة غير الموافقات قيل إن ١٥ فى المئة كانت مرغوبا فيها ، على حين كان ٦٠ فى المئة من الأربعة والعشرين حملا فى الموافقات كانت مرغوبا فيها . وقد سئلت غير الموافقات عما إذا كن يتذكرن أنه قد عرضت عليهن معلومات أو خدمات منع الحمل فى أثناء وجودهن فى المستشفى ، ولغرابة الأمر فإنه فى أغلب الأمكنة لم يتذكر أكثر من ٩٠ فى المئة هذا العرض . وأكثر من هذا فإنه فى هذه العينة من غير الموافقات ثبت أن ٣٠ فى المئة يمارسن منع الحمل الفعال ويحصلن على وسائله تجاريا .

وعلى هذا فإنه رغم أن هؤلاء النسوة قررن رفض العرض أو الخدمات فى أثناء وجودهن فى المستشفى ، فإن النسبة العالية التذكر وبدء منع الحمل بعد ذلك تعنى أن الرسالة كان لها بعض التأثير .

وفى خلال السنوات القليلة القادمة سيؤدى التقدم فى التكنولوجيا إلى طرق أحسن من المستعملة حاليا ، ولكن من الواضح من نتائج برنامج بعد الولادة أن الوسائل المتيسرة حاليا يمكن أن تقدم الكثير لمنع الإخصاب غير المرغوب فيه .

ولكن الاهتمام الأعظم يجب أن يركز على أهمية إيجاد الدوافع للنساء والرجال ، ليستفيدوا من الخدمات المعروضة ، وربما إذا ركزت المصادر على مجموعة مختارة فى المجتمع فإنه يمكن الحصول على نتائج أكثر سرعة وأكثر فعالية . ومثلا فى الهند يجب توجيه مجهود أكبر إلى الثمانية عشر مليون امرأة اللاتى يلدن كل عام بالمقارنة إلى المائة مليون امرأة اللاتى هن فى سن إنجاب الأطفال .

وربما تكون هناك طريقة أكثر فعالية فى استخدام المصادر والجهود البشرية ، ألا وهى توجيه الاهتمام إلى الأربعة ملايين امرأة الهندية اللاتى يلدن طفلهن الأول . وبتركيز المجهود على مجموعة مختارة فإن مشكلة زيادة النمو السكانى تصبح أكثر طواعية للحمل .

وبسبب التحمس لهذا البرنامج ، ولإثبات فعاليته وكفايته ، بدأ مجلس السكان مرحلة ثانية من المجهودات ، ألا وهى تكثير عدد المستشفيات وبثها فى بلدان أخرى ، ولتحقيق هذا البرنامج المتوســـع أرسل المجلس يطلب استعلامات عن مؤسسات رعاية الأمومة فى خمسين بلدا ناميا فى شتى أنحاء العالم . وكذلك كنا مهتمين بمعرفة العدد التقريبى للولادات ومدى الإشراف على رعاية الأمومة ، ومستوى أساليب تنظيم الأسرة المعمول بها حاليا ، فى هذه المؤسسات ، ولقد وصلتنا إجابات كثيرة . وفيما يلى بعض من المعلومات الأولية :

فى أغلب البلدان هناك نسبة كبيرة بطريقة تثير الدهشة ، وهى ٢٠ - ٤٠ فى المئة أو أكثر يجرى الإشراف عليها ، وبالطبع فإن هناك مناطق كثيرة من العالم حيث حوالى ٩٠ فى المئة من الولادات لا يجرى الإشراف عليها ، ولكنه يبدو أن هذا الموقف فى سبيله للتغير ، حيث إن الحكومات بدأت فى توسيع مدى خدمات صحة الأمومة والطفولة والإشراف على تلك

الولادات يحدث مبدئيا فى قليل من المستشفيات . ومثلا فى كولومبيا يبلغ عدد الولادات سنويا ٧٨٠ ألفا يجرى الإشراف على ٣٣ فى المئة منها ، ولكن ١٤٠ ألف ولادة (أى ٢٠ فى المئة من كل الولادات) يحدث فى اثنى عشر مستشفى فقط ، وكذلك فإنه فى تايلاند تقع أكثر من ٤٠ فى المئة من كل الولادات التى يجرى الإشراف عليها فى خمسة مستشفيات .

أما فى سيلان فإن ٩٥ فى المئة من الولادات يجرى الإشراف عليها ، فى حين تحدث ٦٥ فى المئة ، منها فى المستشفيات .

وتلك فرصة ممتازة للوصول إلى نسبة معقولة من النساء فى سن الإنجاب فى أغلب البلدان من خلال تدعيم خدمات الأمومة الكبرى . وعندما يحدث هذا تستطيع النسوة الاستفادة من هذه الخدمات ويعلمن صديقاتهن وجاراتهن ، وعندئذ يتدفق سيل من النساء من هـــذا المجتمع إلى المستشفى طالبا موانع الحمل .

وهناك مثل جديد لما يمكن أن يحدث ، ألا وهو خبرتنا فى مستشفى تشلالونجكورن فى بانكوك فى تايلاند . فبعد سنة واحدة من العمل وبغير وجود العمل فيما يختص بالخارجات من المستشفى أمكن لهذه العيادات أن تستوعب نساء أربعة وخمسين من واحد وسبعين إقليما فى تايلاند .

ومن المدهش أن بعض النسوة عندما سمعن عن إمكانية حصولهن على الخدمات جئن من مسافة تقرب من ٥٠٠ إلى ٦٠٠ كيلو متر بعيد . وقد حدثت تجربة مماثلة فى مستشفى آخر . ولا شك أن طريقة الاتصال الشفوى واسعة النطاق والفعالية .

وما يقال بعد ذلك هو أن اهتماما يجب أن يوجه إلى المعاهد التى يجرى فيها نشاط تنظيم الأسرة فى كل المستشفيات التى تعنى حاليا بالمرأة ، حتى فى عيادات الأمومة والطفولة الريفية .

وبمثل هذا يكون من المؤكد أن أسلوبا منظما يمكن أن يقوم بالنسبة اللاتى عندهن استعداد للموافقة ، حيث يمكن للنساء اللاتى يردون نصيحة بخصوص منع الحمل الحصول على الخدمات .

وسيسمح استغلال الولادة للتعرف إلى النساء الخصيبات بتركيز الجهود . وعلى هذا فإن تكامل تنظيم الاسرة مع رعاية الأمومة ربما سيثبت أنه واحد من أكثر الاساليب فعالية على المدى الطويل لفهم مشكلة زيادة النمو السكانى .

١٦

السكان والتعليم الطبى

هوارد سى . تايلور الابن

عند إمداد الناس بالمعلومات ، وإصدار التوجيهات إليهم فيما يختص بمسائل تنظيم الأسرة أو الإسهام فى حل مشكلة السكان فى العالم ، يجب أن يكون دور الطبيب مهما جدا ، ولكنه يجب كذلك أن يكون عضوا فى فريق يعمل على جلب المعلومات المتخصصة والأساليب المختلفة إلى ميدان العمل .

وقبل أن نحاول تحليل مايجب أن يتضمنه التعليم الطبى عن تنظيم الأسرة ، يجب أن نفحص ، أولا وبوضوح ، خصوصيات وظيفة الطبيب التى يتوقع أن يقوم بها .

وهذه الوظائف الطبية ربما يمكن فهمها على أحسن وجه إذا أخذنا فى الاعتبار المسئوليات المطلوبة من المتخصصين فى ميادين أخرى ؛ لأنه بالنظر إلى الكل يمكن أن نحكم ماهو دور الوظيفة الطبية الخاصة ، لننظر بعد ذلك إلى الأشخاص الآخرين المعنيين .

المهن المطلوبة فى تنظيم الأسرة

إن التنبؤ بأن العالم سيصبح مزدحما بالسكان توصل إليه توماس ملتس منذ حوالى ١٥٠ سنة مضت ، وكان هذا الرجل رجل دين واقتصاد سياسى ، وفى الحقيقة كان ملتس ديموجرافيا مبكرا .

وإن الانفجار السكانى إذا أمكن أن يطلق عليه ذلك من عمل الديموجرافيين

ونحن ندين إلى تنبؤاتهم خاصة بالوعى الحالى الخاص بتلك الكارثة العالمية المتوقعة ، وسيبقى الديمرجرافى فى التغيرات السكانية ، والذى سيعتمد على أساليبه قياس نجاح أو فشل تغير أسلوب العمل الحالى .

وقد أصبح الاقتصاد حديثاً عضواً أساسيا فى هذا الفريق المكون تكوينا غير رسمى ؛ لأنه تبين أن ثمة علاقة ماتقوم بين سرعة التحكم فى السكان والقدرة على إطعام الناس فى بلد معين إطعاما كافيا ، وكذلك القدرة على رفع مستوى المعيشة من خلال التصنيع ، ومن خلال استنتاجاته على الأخص يمكن أن تتأثر آراء الحكومات وواضعى السياسات القومية .

وهناك مجموعة ثالثة من العاملين ، وهى غير متجانسة نوعا بالنسبة إلى هويتهم الدراسية بدقة ، وهى تختص بالعامل الاجتماعى والنفسى الذى يحدد الوضع الثقافى للناس ، وخصوصا بالنسبة لدوافع الأفراد لتكوين أسر صغيرة أو كبيرة ، وكيفية التحكم فى هذه الدوافع ، هذه المجموعة تتضمن عالم الاجتماع ، وعالم الأجناس ، وأخصائى العلاقات ، والتعليم ، وعلم النفس .

ويبقى السؤال بعد ذلك : ماذا يمكن أن يقدم الطبيب لتلك المجموعة العتيدة من هذا التجمع من المواهب ؟ والجواب بطبيعة الحال هو أنه واخصائى الصحة المتصلين به ، يمكن أن يكونوا العامل الأساسى فى نقل المعلومات إلى الأفراد رجالا ونساء ، وفى وصف العقاقير واستعمالها بطريقة مأمونة ، والقيام بالعمليات الجراحية الصغيرة والكبيرة إذا ما تطلب الأمر .

مجال عمل الطبيب وتأثيره :

وكزيادة ضرورية فى أهمية موضوع التعليم الطبى وتنظيم الأسرة ، يجب أن نفحص — فى شىء من التفصيل — العلاقات والظروف التى يتوقع أن يتحمل الطبيب فى ظلها مسئولياته ، ويمارس فى مجالها اختصاصاته .

إن أول مسئولية للطبيب كطبيب هى بالنسبة لمريضه الخاص به ، هـذه العلاقة يجب أن تكون علاقة مباشرة أولية ، سواء — كان الطبيب يعمل فى مكتبه الخاص مع مريضه الخاص ، أو فى عيادة فى مستشفى عام كبير ، أو فى مركز صحى ريفى بعيد .

والطبيب فى أثناء ممارسة وظيفته الخاصة بتنظيم الأسرة ، سيصبح مسئولا عن الإنصات إلى مشكلات مريضه العائلية الخاصة ، باذلا أحسن النصيحة التى تلائم الاحتياجات الفردية لـكل شخص ، وواصفا أو فاعلا أى شىء يؤدى إلى النهوض ببرنامج التحكم فى النسل ، ويجب عليه كذلك أن يختار أسلوب منع الحمل الأكثر ملاءمة لكل مريض من مرضاه ، وإلى ظروف حياته العامة .

ولـكى يمكن القيام بهذه الخدمة الشخصية ، يجب إمداد كل الأطباء بكل التوجيهات اللازمة ، وعلى الخصوص هؤلاء الذين يعملون بالممارسة الطبية العامة .

وبجانب دور الطبيب كممارس منفرد ، فهناك أيضا وظيفة الطبيب كعضو فى منظمة كبيرة لتقديم الخدمات الطبية والاجتماعية .

إن فهم مسئوليات تلك المنظمة يجب أن يصبح جزءاً من البرنامج التعليمى لـكل الأطباء ، وعلماً بأن هذا الجانب يختص بالذات بمجال معين ، ألا وهو علم الولادة .

فأشهر الحمل ، وفترة ماقبل الولادة ، تمدنا بفرصة لاتعوض لتقديم النصح فى ذلك الوقت من حياة المرأة حيث تكون فى أمس الحاجة إلى تقدير أوقات الإنجاب ، وحيث توجد خدمات الأمومة يمكن تطوير هذه الخدمات بطريقة يمكن التأكد بعدها أن كل النسوة فى المجتمع تصلهن هذه المعلومات . لذلك يجب توكيد العلاقة بين تنظيم الأسرة ، ورعاية الأمومة ، فى أثناء التعليم الطبى .

وهناك مجال ثالث حيث يصبح الطبيب ذا أهمية عظمى ، فبالمقارنة مع

الأخصائيين الآخرين العاملين فى مشكلة السكان ، يشكل الأطباء عددا كبيرا نسبيا . وأكثر من هذا فإن لهم فرصا غير محدودة الاتصال بالناس . وفى أغلب المجتمعات فإنهم يعتبرون من الأشخاص المؤثرين ذوى السلطات . ولهذه الأسباب فإن تأثير الطبيب فى الرأى العام يمكن أن يكون عظيما ، وبناء على ذلك فإن تعليمه يجب أن يتضمن من المعلومات — بالإضافة إلى المهارات الفنية — ما يجعله على قدر من المعرفة العميقة بالنسبة لكل أوجه مشكلة السكان .

أثر اختلاف الأمم فى نظام الخدمة الطبية والتعليم الطبى :

إن تفاصيل ما يجب أن يتعلمه الطبيب حول تنظيم الأسرة فى كليات الطب يختلف بالطبع اختلافا شاسعا حسب ظروف الأقطار المختلفة ، حيث يتوقع أن يعمل الطبيب . وهذه التغييرات تتضمن — على وجه الخصوص — نوع المؤسسات الصحية السائدة فى بلد معين ، والتكوين الأساسى للتعليم الطبى حيث إن ذلك الاختلاف يوجد فى الجامعات فى كل جزء من أجزاء المعمورة .

النظم المختلفة لتقديم العناية الطبية :

بالنسبة للمؤسسات التى تقدم العناية الطبية ، يمكن أن نلاحظ أن هناك مدى واسعا من النظم التى يجب أن يتلاءم التعليم معها ، ففى الولايات المتحدة على سبيل المثال ، تعتمد الغالبية العظمى من الناس على طبيب مفرد بالنسبة للعناية الطبية العامة ، وكذلك الاستشارات ، والتعليم فى البلدان ذات نظام الممارسة الخاص يجب أن يركز على مسئوليات الطبيب الشخصية تجاه أشخاص المرضى . وهناك مجهود كبير يجب أن يخصص لإقناع طلاب الطب اقتناعا راسخا محصله أن الحياة التناسلية لمريضه ذات أهمية كبرى ، وأنه (طالب الطب) يجب أن يأخذ فى الاعتبار هذا الجانب من الطب طول مستقبل حياته المهنية .

ومن جهة أخرى نجد فى كثير من المناطق الريفية من البلدان النامية أن العناية بالأمومة لا تزال غير كاملة التطور ، وتعتمد على إشراف بعيد بعض الشىء من مراكز صحية إقليمية أو عيادات صحة الأمومة والطفولة . وللعمل فى ميدان كهذا يجب أن يتعلم الطبيب كيف يطور العيادات وأن تبث فيه الرغبة فى العمل على توسيع نطاق الخدمات الطبية .

وهناك ظروف أخرى يجب أن تؤثر فى إعداد الطبيب إبان تعليمه ، لكى يعمل فى الميدان السكانى ، ويتضمن ذلك التعليم مدى درجة المركزية فى العناية بالولادة فى المستشفيات الكبرى ، ومدى التخصص فى الولادة وأمراض النساء ، ووجود الممرضات والقابلات وبعض العاملين بشئون الصحة ، كل هذه الاعتبارات تؤثر فى تكوين برنامج التعليم الطبى بالنسبة إلى تنظيم الأسرة فى أثناء وضع هذا البرنامج فى مختلف بلدان العالم .

تباين تكوين التعليم الطبى :

إن الاختلاف فى شكل التنظيم لإنشاء عناية طبية فى مختلف المناطق الجغرافية ينعكس على تكوين النظام التعليمى .

ففى بلدان كثيرة يبين الطالب رغباته فى الطب سريعا بعد دخوله إلى الجامعة ، ويستمر بعد ذلك فى تلقى مقرراته فى اتجاه واضح المعالم فى السنوات الخمس والنصف التالية .

ولكن فى الولايات المتحدة هناك فترة أولا تدعى فترة « اللا تخرج » فى التعليم ، وهى ذات طابع عام تؤدى إلى درجة بكالوريوس فى الآداب والعلوم . وفى أثناء ذلك يمكن اختيار بعض الدراسات ما قبل الطبية ، مثل علم الحياة ، والطبيعة والكيميا ، والتى تكون مطلوبة لدخوله كلية الطب .

وبعد استكمال فترة ما بعد التخرج هذه ، يذهب الطالب عادة إلى جامعة

مختلفة تماما حيث يسلك فى سلك دراسات طبية بحتة لمدة أربع سنوات ، وتقسم هذه السنوات الأربع بطريقة تقريبية إلى مرحلتين ، مدة كل مرحلة منها سنتان ، حيث تكرس الأولى للعلوم الطبية الأساسية (مثل الكيميا الحيوية والباثولوجيا) . أما السنتان الأخريان فتكرسان للموضوعات الإكلينيكية .

وبعد الجامعة أو كلية الطب ، فإننا نقابل مرة أخرى اختلافا عظيما فى درجة الخبرة الإكلينيكية المطلوبة بعد التخرج . فنى الولايات المتحدة يكاد يكون الإجماع منعقدا على لزوم سنة الامتياز فى المستشفى ، وأنها بسبيل أن تصبح بالنسبة للخريجين الجدد قاعدة أكثر ثباتا ، بحيث يقضونها بالإضافة إلى « نيابة » من ثلاث أو أربع أو حتى خمس سنوات .

أما فى بعض البلدان فإن خدمة فى أحد مراكز الصحة الريفية لمدة عام قد تكون من المتطلبات . كل هذه الأوضاع الخاصة ، سوف تؤثر تأثيرا عظيما فى الأسلوب الذى يجرى تعليم الطبيب وفقا له فى مسائل تنظيم الأسرة .

أساسيات عمومية فى التعليم الطبى :

بالرغم من هذه الفروق الواضحة ، يمكن أن يتبين الإنسان بعض ملامح التعليم الطبى التى تشترك فيها كل الدول ، وسنفرض أن هذه الأساسيات موجودة رغم التنوع فى تفاصيل المقررات والأوجه الأساسية فى التعليم الطبى عامة . وبالنسبة إلى ما نحن بصدده خاصة وهو تنظيم الأسرة ، يمكن اعتبارها أربعة هى :

(ا) تعليم العلوم الأساسية .
(ب) التعليم الإكلينيكى الخاص .

(ج) التعليم للتخصص فى أمراض النساء والولادة .

(د) التعليم للتخصص فى نواحى الصحة العامة المتصلة بصحة الأمومة والطفولة .

وسنناقش العناوين الضرورية فى التعليم بالنسبة لتنظيم الأسرة بالترتيب.

تعليم العلوم الأساسية :

تختلف الآراء اختلافا واسعا بالنسبة لكمية الوقت والمجهود التى يجب أن يخصصها طبيب المستقبل لاكتساب المعلومات فى العلوم الأساسية بالنسبة للطب نفسه .

فهناك من يدفعون بأن وظيفة الطبيب هى العناية العملية بالمرضى ، ولهذا فإن القدر الضرورى هو قليل من المعلومات عن الأساس المعقد للتشريح وعلم وظائف الأعضاء ، وآخرون يحاجون بأن خلفية من العلم بهذه الأساسيات لازمة للتفكير الصحيح بالنسبة لكل المشكلات الإكلينيكية ، حتى ولو كان هناك روتين متعارف عليه لمواجهة مختلف المشكلات الإكلينيكية .

وأكثر من هذا فإنه يقال إن الطبيب إذا لم يكن ذا أساس متين فى العلم ما لم يكن قد تعلم عادة الدراسة المستمرة ، فإنه فى أثناء الحقب العديدة من حياته الإكلينيكية النشطة سيتخلف حتما وتصبح طرقه وقد عفى عليها الزمن .

وفيما يسمى « بالسنين قبل الإكلينيكية » التى تقضى فى الجامعات فى الولايات المتحدة ، يتوقع من الطالب أن يحصل على المعلومات العامة اللازمة لحالته المستقبلة كعضو فى إحدى المهن المتعلمة . فمن الواجب عليه أن يدرس إذا أمكن أن يكتسب تذوقا للآداب والتاريخ وغيرها مما يسمى بالإنسانيات ، وبالإضافة إلى ذلك فإنه يجب عليه أن يتعلم قدرا كافيا من الرياضيات ، والكيمياء ، والطبيعة ، والبيولوجيا ، ليتمكن من متابعة

صيره بالنسبة للموضوعات الأكثر تقدما فى العلوم الأساسية بكلية الطب .

وكخلفية لزيادة الاهتمام بتنظيم الأسرة فإن المقررات فى إعدادى الطب والمقررات الطبية ، يجب أن تتضمن بعض الإضافات أو على الأقل بعض التغيير فيما يجرى التأكيد عليه .

ولقد كان العلم الطبى فى الماضى وجهته إعداد طبيب لمواجهة المشكلات الإكلينيكية أساسا التى تعرض حياة مريضه للخطر ، أو كان هناك فى الماضى اهتمام عظيم بعلم وظائف الأعضاء . وحديثا زاد الاهتمام بالكيميا الحيوية الخاصة بالأمراض الأساسية التى تصيب القلب والرئتين والكبد والكليتين . وفى نفس الوقت كان هناك تقليل نسبى لأهمية العوامل المتعلقة بالجهاز التناسلى فى حياة الرجال والنساء .

وعليه فإنه فى كثير من كليات الطب تلق العلوم الأساسية للتناسل أهمية قليلة . ولعلاج هذا النقص فى ترتيب الأوليات المطلوبة هناك بعض التغيرات النوعية التى ينصح بها .

فعلم وظائف أعضاء التناسل — بما فى ذلك كيمياء الحيوية — وعلم العقاقير الذى يعد فى مرحلة النمو ، يجب أن تحظى بساعات إضافية من التعليم والعمل بالمعامل ، والعناوين الخاصة تحت هذا العنوان ، التى يجب أن تؤخذ فى الاعتبار هى بطبيعة الحال تطور الأعضاء التناسلية ، وعملية تكوين البويضة ، وعملية تكوين الحيوانات المنوية ، وانتقال الحيونات المنوية خلال مسارب الجهاز التناسلى ، وظاهرة التلقيح ، وهجرة البويضة الملقحة إلى الرحم ، وأخيرا عملية الانغراس فى جدران الرحم ، وبعد هذه المراحل الأولى من الحياة فلابد أن يظهر تفاعل الفترات المختلفة من حياة الجنين وانعكاسها على مستقبل التطور فى الأفراد كموضوع ذى أهمية عظيمة آخذة فى الزيادة .

ويقوم السؤال التالى ، ألا وهو أين ومتى تدرس تلك الموضوعات ؟

ويبدو أن من المهم كثيراً أن نسوق مقدمة مبدئية عن هذه الموضوعات .

إن التتابع الزمنى الذى يتابع فى أثناء دراسة تطور الإنسان من ناحية قد يبدو جذابا لعقل الطالب ، بالإضافة إلى أن نوبة مبكرة من اهتمام هذا الطالب قد تؤدى إلى زيادة عدد العلماء الباحثين والأطباء الممارسين فى هذا الميدان المهم . ولذلك فإن الكثير يمكن أن يقال بالنسبة لتدريس العلوم الأساسية الخاصة بالتناسل فى قسمى التشريح وعلم وظائف الأعضاء . وإنه لمن المنصوح عامة به أن يتعهد كل قسم من أقسام العلوم الأساسية بتقديم أسس لأوجه كثيرة من الطب الإكلينيكى ، ولكنه من الصعب قبل ذلك أن نكون متأكدين من أى توصية بالنسبة لمزيد من التعليم فى مجال العلوم الأساسية الخاصة بالتناسل يمكن أن تكون مقبولة من أقسام العلوم المختلفة .

وهناك كثير مما يمكن أن يقال بعد ذلك فيما يختص بتلك المعلومات التى تعتبر جزءاً من ارتباطات أقسام التوليد ، وأمراض النساء ، ومايقابل ذلك فى أقسام المسالك البولية والتناسلية فيما يختص بالرجال .

وهناك اهتمام متزايد بالنسبة للبحوث بدأ فى الظهور فى أقسام كثيرة للولادة ، ويزداد تبعا له عدد المدرسين الاكلينيكيين فى هذا الموضوع باطراد (وهم مؤهلون أيضا لتدريس علم وظائف الأعضاء الأساسى للتناسل) .

وإذا تركت هذه المسئولية لأقسام الولادة وأمراض النساء ، فإنه يبدو أنه من المرغوب فيه بشدة أن يضم إلى هذا القسم عدد محدد من فصول التدريس فى واحدة من السنوات المبكرة من المقرر الطبى .

والتوزيع الرسمى القائم بمسئولية قسم أو آخر عن تدريس وظائف أعضاء الجهاز التناسلى مسئولية تامة ربما يمكن تحاشيه ، ولكن عن طريق إنشاء برنامج موزع بشكل منظم ، وربما تتمخض اجتماعات رؤساء الأقسام عن وضع خطة تعليم تغطى كثيراً من سنوات المقرر . ولكن الأجزاء المختلفة من مثل هذه الخطة العامة تضاف كل منها إلى مختلف الأقسام .

وهناك ميدان كبير آخر يجب فيه الاهتمام الزائد — إذا ما أريد أن يكون الطبيب عاملا فعالا فى تنظيم الأسرة — ألا وهو أن يتضمن البرنامج مجموعة من الموضوعات مثل : الإحصاء ، وعلم الاجتماع العام ، والديموجرافيا . وهدفها يجب أن يكون إعطاء الطبيب خلفية من المعلومات عن أساليب ومضامين هذه الأساسيات ، وأن تغرس فيه عادة التفكير بأسلوب جماعى ، بالإضافة إلى التفكير بأسلوب فردى .

وعديد من هذه الموضوعات مثل علم الاجتماع والديموجرافيا ، يمكن أن تدرس فى سنوات ما قبل التخرج التعليمية وتوضع ضمن الشروط المطلوبة لدخول كلية الطب ، وإذا كانت هذه الموضوعات لا تدرس ولا يحتاج إليها فى نظام معين ، فإن علاقة تنظيم الأسرة بسعادة المجتمع يجب أن تدرس فى مقررات الطب الوقائى والصحة العامة ، فى حين تؤخذ بعض المشكلات الاجتماعية المتعلقة بعملية التناسل كمادة للنقاش فى الولادة وأمراض النساء .

وأخيراً فإن علم النفس الجنسى والتعليم الجنسى يجب أن يحظيا بالاهتمام الشديد فى أثناء دروس الأمراض النفسية ، وإن زيادة الاهتمام بهذه الموضوعات فى كلية الطب لا شك أنها تلاقى العقبات ، وربما كان هذا معقولا بسبب عدم الاتفاق على القيم والمعايير الخاصة بالتصرف الشخصى الذى يمكن تدريسه .

ومن ناحية أخرى فهناك مشكلات عظمى بالنسبة للنواحى النفسية ، مثل : حمل السفاح ، والإجهاض ، تلك التى يجب أن تعالج باستمرار ، ولقد يكون من الواجب علاجها عن طريق أسلوب اجتماعى ونفسى .

ومرة أخرى فإن هذه الموضوعات قد تدرس فى مقررات الأمراض النفسية ، أو من الممكن فى أسلوب بعيد عن الرسميات بعض الشىء فى أثناء فترة الدروس الإكلينيكية فى الولادة .

الدروس الاكلينيكية العامة فى تنظيم الأسرة :

يجب أن تستمر بالطبع دروس التحكم فى السكان وتنظيم الاسرة ، كجزء من المقرر فى السنين الإكليكينية من فترة تعلم طالب الطب . يجب أن يكون ما يدرس هو ما يحتاج إليه كل الأطباء فى أثناء الممارسة العملية لمهنتهم ، ويجب أن تمدهم بالمفاهيم والمهارات الأساسية التى سيحتاج إليها الممارس العام ، وطبيب الأسرة ، وإخصائى الأمراض الباطنية ، وإخصائى الأمراض النفسية ، وبدرجة أقل بقية الإخصائيين .

وطوال تلك المدة يجب أن يبذل كل جهد لجعل طبيب المستقبل ذا إحساس قوى بمعنى الجنس والتكاثر فى حياة كل فرد . بالإضافة إلى اقتناعه بأهمية مشكلة السكان ومسئولية الطبيب تجاه حلها .

وهناك عدد من الموضوعات ذات طابع خاص جداً ، والتى يجب أن توضح جيداً ، فالطبيب العام على الأخص يجب أن يكون قادراً على أن يدبر نفسه ، أو يعلم متى يرسل إلى الإخصائى المضاعفات المتعلقة بالوظائف التناسلية ، مثل الإجهاض ، والأمراض السرية ، وحمل السفاح . ولكى يرشد مرضاه ، فإنه يجب أن يكون مستوعبا للعواقب الاجتماعية بالنسبة للشخص ذى السلوك المنحرف ، والذى ينظر إليه المجتمع الذى يعيش فيه على أنه غير متمسك بالعرف .

كذلك علاقة الحمل بالأمراض العضوية والنفسية التى يجب أن تكون مفهومة ، حتى يمكنه أن يبذل النصيحة السليمة والمنطقية للمرضى مقدرا متى تنصح بالحمل .

وعلى الرغم من أن بذل النصح بالتحكم فى النسل قد لا يكون وظيفة كل الأطباء إلا أن معرفة الطبيب بالاحتمالات يجب أن يكون جزءاً من الاستعدادات العقلية للأطباء .

وربما يجب أن يشاهد الطالب فى أثناء السنوات الاكلينيكية عملية إغماد اللولب أو من الأفضل أن يمارس مثل هذه العمليات البسيطة بنفسه .

ويجب على طالب الطب أن يدرس كيف يصف نظام تعاطى أقراص وقف التبويض ، وبالنسبة للولب — كما بالنسبة للوسائل الاقرباذينية — فإنه يجب عليه أن يكون واعيا الأعراض الجانبية والمضاعفات الممكنة . ويجب أن يدرس أن القيود العائلية هى شىء له أهميته ، وإن من مسئوليته كذلك أن ينصح دائما بعدم تكرار مرات الحمل حين لاتحتمل صحة الأم أو تكون الظروف الاقتصادية غير ملائمة ، ولكنه فى نفس الوقت يجب أن يحاذر من الحماسة الزائدة فى تحاشى إنجاب الأطفال .

تعليم اخصائى أمراض النساء والولادة :

بعد أن أكلنا المقرر الطبى العام ، وبعد أن تقرر أن يكون جزء منه هو خلفية لمبادىء علم السكان والأساليب البسيطةالتى يجب أن يعرفها كل الأطباء عن وسائل تحديد النسل ، فإن قليلا من الطلبة سيختارون واحداً أو أكثر من هـــذه التخصصات حيث يجب أن يعرف كثير جداً من مبادىء وتكنولوجية التحكم فى النسل ، وهذه الميادين الخاصة تتضمن مبدئيا الولادة وأمراض النساء ، وبدرجة أقل طب المسالك البولية والتناسلية ، وبشكل خاص جداً الجزء الخاص بصحة الأمومة من الطب الوقائى والصحة العامة .

وإخصائى أمراض النساء والولادة يجب أن يهتم بشكل خاص بهذه المشكلة ؛ لأن السؤال عن تنظيم الأسرة يتردد كثيراً فى أثناء استشارات ماقبل الزواج ، وبشكل أكثر فى أثناء الحمل وبعد الولادة مباشرة . وإنها لفرصة نادرة أن تجىء الحاجة إلى تحديد أوقات الحمل وتلفت المريضة نفسها ونظر اخصائى الولادة إلى تلك ، ويكون الناصح والمطلوب حاضرين كنتيجة لوجود تلك الفرصتين ، حين يكون السؤال عن تحديد النسل أكثر أهمية فإن

إخصائى أمراض النساء والولادة أو الطبيب العام، الذى يمارس خدمة التوليد فى تلك اللحظة يتحمل مسئولية ثقيلة.

وفى التعليم بعد التخرج المتخصص، كأخصائى أمراض نساء وولادة — وبالذات فى أثناء السنين العديدة من فترة النيابة — فإن إخصائى المستقبل فى هذا الميدان يجب أن يتعلم كيف يدرك مسئوليته لتطوير وسائل التحكم فى النسل. وعلى اختياره ونصائحه للزملاء عن الطرق المختارة، ولمعلوماته الخاصة عن المضاعفات المحتملة عندما تحدث وخلال فترة النيابة، فإن إخصائى المستقبل لأمراض النساء والولادة يجب أن يعلم أكثر من ذلك طرقاً وأساليب وموجبات الطرق الأكثر تعقيداً، والتى يتضمنها التعقيم الجراحى.

والحقيقة القائلة إن هذه العمليات تجرى بكثرة فى أثناء العمليات القيصرية أو فى خلال أيام من الولادة، هى سبب إضافى آخر لاعتبار إخصائى الولادة أكثر الأعضاء الطبيين أهمية فى مجموعة تختص بتنظيم النسل والسكان.

وكلما أصبح الطب مسئولية جماعية أكثر من علاقة منفردة بين طبيب ومريض، فإن كل الأطباء يجب أن يتعلموا كيف يعملون فى المؤسسات، وأن يبذلوا أقصى ما فى وسعهم لجعل تلك المؤسسات تخدم مصالح الجماهير.

وفى هذا الصدد نحو خدمة منظمة كان علم الولادة هو الرائد جزئياً بسبب العدد الكبير نسبياً من مرضى الولادة اللاتى يحضرن للرعاية تحت إشراف نخبة من الأطباء، وجزئياً بسبب أن نتائج العلاج يمكن متابعتها بطرق اخصائية سهلة.

ومستشفيات الأمومة التى تميز المدن العظيمة فى العالم، هى مؤسسات منظمة بعناية يحافظ فيها على مستويات العناية وتفهم فيها النتائج بوضوح.

لهذا يجب أن يكون تعليم اخصائى أمراض النساء والولادة متضمناً دروساً فى تنظيم وإدارة مستشفيات الأمومة — بما فى ذلك العمليات الجراحية التى تجرى فى عيادات ما قبل وما بعد الولادة — ومستويات الرعاية الآمنة للنساء فى

أثناء الحمل والنفاس وفرص التعليم التى يمكن أن تمدنا بها فترة الحمل والنفاس . وبالنسبة للسكان وتنظيم الأسرة على الخصوص فإن الإخصائى يجب أن يتعلم كيف أن أوقات الدروس يجب أن ترتب كجزء من العناية بالحوامل؟ ، وكيف يمكن إدارة عيادات ما بعد الحمل، وكدرس أخير كيف يمكن استعمال الأجهزة ووصف الأدوية . .

وفعالية درس ما فى تنظيم الأسرة يعطى فى أثناء هذه الفترة قد تكون فى الحقيقة عظيمة جداً ، فالمرأة التى تتوقع الوضع ، أو التى وضعت حديثاً ، وزوجها ، يمكن أن يفهما بسهولة أهمية الموضوع ، لأنهما لا يملكان إلا أن يهتما بالسؤال الذى يتردد : بعد كم من الوقت سيحدث الحمل التالى ؟ وبالإضافة إلى ذلك فإن هؤلاء المرضى أعطوا ثقتهم للممرضات والقابلات والأطباء بالنسبة لسلامتهم البدنية هم وأطفالهم .

وهم لذلك أكثر قابلية للنصيحة بالنسبة لأشياء أخرى من هذا القبيل . هذا الأسلوب فى الفهم بالنسبة لمؤسسة العناية بالأمومة يمـــدنا بأسلوب لمتابعة كل النساء اللاتى يجئن إلى المعهد ، علماً بأن إدخال المرأة إلى المستشفى للولادة هو شىء معتاد فى كثير من البلدان .

وكم هى مهمة جداً تلك الحقيقة القائلة إن دروس تنظيم الأسرة تعطينا فرص النصح بتنظيم الأسرة بعد ولادة الطفل الأول ، ويصبح توقيت الإنجاب بعد ذلك مبكراً بطريقة روتينية فى أثناء الحيـاة الزوجية ، كما أن القرار بأن الأسرة قد اكتمل عددها يكون بحكم بعد تجربة سابقة للحمل .

وللوهلة الأولى فإن أهمية مستشفى الولادة كمركز معلومات للتحكم فى النسل يمـكن أن تعتبر محدودة بالنسـبة للدول الأوروبية، أو دول أمريكا الشمالية حيث أصبحت الولادة فى المستشفى هى القاعدة إذا لم تكن هى العموم على الإطلاق .

وبدراسة أكثر عمقا السؤال : أين تذهب المرأة للوضع ؟ تبين أن عملية إدخال الوالدات إلى المستشفى تتقدم بسرعة فى الدول النامية ، وإنها فى الحقيقة

الكذلك فى مدن كثيرة مثل : كاراكاس ، وطهران ، وسنغافورة ، حيث يجد المرء المستشفيات ذوات العدد الأكبر من الولادات فى العالم .

وهناك جزء فى غاية الأهمية بالنسبة لتعلم اخصائى أمراض النساء والولادة، وهى كيفية فهم تنظيم الولادات التى تجرى فى المستشفى ، وإدراك الفرصة العظمى لتعليم تنظيم الأسرة ، وإذا لزم الأمر ، التحكم فى السكان الذى يمارسه المعهد .

والدور الذى يجب أن يلعبه الأخصائى فى اضطرابات المسالك التناسلية للذكر ، أو دور جراح المسالك البولية والتناسلية لم يحدد بعد . وهذا ناتج جزئيا من المفهوم العام لدى كثير من مخططى الأسرة أن أكثر الطرق فعالية للتحكم فى النسل يجب أن تكون تلك التى تعتمد على الدوافع النسائية . ولكن الأدلة تتراكم خصوصا فى الهند . إن العملية البسيطة التى يقطع فيها الوعاء الناقل هى طريقة فعالة فى التحكم فى إخصاب الرجل .

لهذا فإنه من الواجب إحداث تغيير كبير فى وجهات النظر قبل أن يتخذ الاخصائى الطبى للرجال مكانه الصحيح فى الفريق المختص بمشكلات السكان وتنظيم الأسرة .

وبالتأكيد فإن الجهود يجب أن تبذل لزيادة تعليم طلبة الطب واخصائى المستقبل أساسيات علم وظائف الأعضاء الخاص بالأعضاء التى سيتعامل معها وإمكان التأثير فى توقف الإنجاب ، والقيود التى يفرضها حجم الأسرة ، وطرق إجراء ذلك فى الذكور .

التدريب للتخصص فى الصحة العامة والطب الوقائى الخاص بتنظيم الأسرة

وهناك مجموعة أخيرة من الاخصائيين الطبيين يجب أن تؤخذ فى الاعتبار بالنسبة للتدريب الخاص الذى سيحتاجون إليه فى عملهم والمتطلبات التعليمية لذلك.

هؤلاء العاملون قد يكونون حصلوا على تدريب رسمى فى أقسام الصحة العامة ، ولهذا فإنه يجب انتقاؤهم حسب نظام يبعد عن الطب قليلا ؛ ومن

ناحية أخرى فإن إخصائيين كثيرين فى ميدان الأمومة والطفولة قد مارسوا تدريبا فى الطب الباطنى وأمراض الأطفال أو الولادة ، ومع زيادة قليلة فى الخبرة أصبحوا عاملين فى هذا الميدان المقارب .

والخبير فى الصحة العامة المتعلقة برعاية الأمومة والطفولة يختلف عن زميله اخصائى أمراض النساء والولادة بفرق طفيف .

فإخصائى أمراض النساء والولادة يعمد أن يكون أكثر قربا من الحقائق العملية المتعلقة بمشكلات الأفراد ،وهو المحترف الأساسى بعد أن أصبح التوليد وظيفة من وظائف المستشفيات .

وفى الأطوار الأولى — عندما كانت صحة الأمومة تعتمد على المراكز الصحية الريفية ، أو على الخدمات التى تشرف عليها القابلات أو من يناظروهن فى إجراء عمليات الولادة فى منازل المرضى — كانت المشكلة تميل إلى أن تكون أكثر تركيزا فى أيدى هؤلاء العاملين فى ميدان الصحة العامة ، ولكن غالبا ما كان الموظفون يتغيرون مما يقلل من تركيز المشكلة .

وطبيب الصحة العامة الذى يخطط مستقبله الوظيفى على أن يكون عاملا فى ميدان صحة الأمومة يجب أن يعرف العناصر الطبية الأساسية فى الولادة ، ولكنه يجب أن يعرف كذلك اقتصاديات وإدارة نظام واسع المدى يمكن من خلاله أن تلقى النساء بعض العناية بالرغم من عدم وجود المستشفيات المدنية واخصائيين فى الولادة من ذوى الخبرة . وإذا كان تنظيم الأسرة يرتبط بهذا المجهود فإن طالب الصحة العامة يجب أن يتعلم شيئا حول أساليب نشر المعلومات الخاصة بالتحكم فى النسل خلال الأوساط الجماهية ، ويعلم الممرضات والمدرسين والموظفين الآخرين ، كما يجب أن يتعلم استعمال العيادات المتنقلة .

وللمستقبل أيضا فإن العامل فى ميدان الصحة العامة يجب أن يتعلم الحاجات

الأساسية لتنظيم جمعيات جديدة فى رعاية الأمومة ، وخدمات تنظيم الأسرة المرتبطة بها ، فى منطقةقروية بكر من العالم .

وإذا ما ثبتت أهمية دروس تنظيم الأسرة فى أثناء الحمل ، واستعمال هذه الوسائل فى أثناءفترة مابعد الولادة هى أكثر الطرق تبشيرا بالنجاح ، وأحسن فعالية لنشر معلومات، وممارسة تنظيم الأسرة ، فإن الواجب الكبير الملقى على عاتق العشر أو العشرين السنة القادمة هو فى الحقيقة تنظيم خدمات الأمومة فى المناطق الريفية الكبرى من العالم ، حيث لا توجد هذه الخدمات . وفى الحقيقة فإنه فى هذا الوقت يكون التعلم الطبى قد أسهم أعظم إسهام فى حل مشكلة السكان فى المستقبل القريب .

ومن هذا نرى أن التعليم الطبى فى حاجة إلى درجة من إعادة التوجيه نحو اعتراف عام بالأهميةالعظمىللتناسل فى حياة الأفراد ورفاهية المجتمعات.

ولنؤكد هذا المفهوم العاميجب أن تضاف دروس عملية عن كيفية توجيه الطبيب للمريض ، وكيفية إمداد المريض بالأساليب اللازمة للتحكم الشخصى فى الإخصاب .

وفى الختام فإن الطبيب يجب أن يفهم القدرات الصحية للمؤسسات الطبية التى سيعمل من خلالها ليقدم العناية للمرضى ، ويقدم أيضا التعليم للأصحاء .

وإذا أصبحت هذه الأفكار جزءاً من كل مقرر طبى فان يصبح الطبيب القائد لهذه الأفكار فحسب ، بل يصبح العامل الأساسى فى نشر المعلومات الحاسمة بالنسبة لحل المشكلة الكبرى للسكان .

١٧

الوسائل الحديثة للتحكم فى النسل :

تقييم : كريستوفر تيتز

منذ عشر سنوات مضت كان قول القائلين : (الوسائل الحديثة لتنظيم الإخصاب) ينطبق على الغشاء المهبلى، وعلى تلك المستحضرات الكيماوية، مثل : الكريم ، والجيلاتينات ، والأقراص ذات الرغوة ، وعلى طريقة الرتم المسماة باسم طريقة فترة الأمان (التى وصفها كانوس وأوجينو) فى الثلاثينيات من هذا القرن ، وعلى طريقة القراب أو الغمد التى ظهرت فى أوائل القرن الثامن عشر ، ولـكنها لم تستعمل على نطاق واسع إلا فى الجزء الأخير من القرن التاسع عشر ، ذلك يبين السرعة المتزايدة للتقدم التـكنولوجى التى جعلت من بعض هذه الطرق طرقا تقليدية لا يمكن وصفها بالحداثة . فى حين تعنى الطرق الحديثة موانع الحمل عن طريق الفم واللولب التى ظهرت فى الفترة الأخيرة .

وعندما تستعمل الطرق التقليدية لمنع الحمل — مثل الغشاء ، أو القراب ، بطريقة صحيحة وبأمانة فى كل اجتماع جنسى — فإن الفشل قد يحدث من تحرك الغشاء عن موضعه مثلا فى أثناء التمدد الشهوانى للمهبل أو تمزق القراب غير الجيد . وهذه الحوادث التى لا يمكن تحاشيها لا تتكرر كثيراً . وهناك تقرير جيد يشير إلى أن معدلات الفشل التى تعزى إلى تلك الأساليب هى فى رتبة حمل أو حملين فى السنة فى كل مائة امرأة .

ومعدلات الفشل كهذه تمكن أغلب الأزواج من تنظيم إخصابهم فى أثناء حياتهم بغير التعرض إلى حمل غير متوقع ، ، أو لم يرتب له من قبل .

فبينما يمكن الحصول على معدلات للحمل منخفضة نسبياً بواسطة الطرق التقليدية ، فإن الحال ليست كذلك دائماً ، خصوصاً بين الأزواج ذوى الحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليم المحدود . وفى الممارسة الإكلينيكية فى العيادات فى الولايات المتحدة ، تعتبر معدلات للفشل مقدارها عشرة فى كل مائة مع استعمال الغشاء منخفضة ، ومعدلات بين عشرين وثلاثين غير شاذة ، ويجب أن تتوقع معدلا أعلى بالنسبة للجماهير التى تعتبر تنظيم الأسرة سلوكا غير مألوف . ولاشك أن هذه المعدلات المرتفعة تعكس ما يسمى بفشل المريض ؛ وهى الدرجات المختلفة من التراخى فى ممارسة منع الحمل .

ومعدلات الحمل المرتفعة ترتبط دائما بمعدلات استمرار منخفضة ، وإنه لمن غير المألوف فى أثناء الممارسة فى العيادات أن نجد أن واحداً من الأزواج أو أكثر قد ترك الطريقة الموصوفة فى خلال عام واحد . وهذه الحقيقة تبين لنا بوضوح أهمية الطرق الحديثة .

وموانع الحمل عن طريق الفم ، التى تجرى مناقشتها فى هذا التقرير ، هى مركبات تخليقية تشبه فى التركيب الهرمونات الطبيعية التى ترتبط بدورة الطمث الشهرية ، وكذلك بالحمل فى إناث الإنسان .

وبالجرع المستعملة حاليا توقف هذه المركبات عملية التبويض ، أما طبيعة وأهمية الآثار الإضافية ضد الإخصاب فلا تزال قيد البحث .

وتوصف موانع الحمل عن طريق الفم الشائعة الاستعمال الآن حسب نظامين مختلفين يعرفان بالمشترك والتعاقب .

ففى النظام المشترك يؤخذ عشرون قرصا متماثلا يحتوى كل منها على بروجسترونات تخليقية عديدة ، كما يحتوى على هرمونات تأنيث ، وتؤخذ هذه الأقراص من اليوم الخامس إلى اليوم الرابع والعشرين من دورة الطمث . وحسب النظام المتتابع يؤخذ خمسة عشر قرصا يحتوى كل منها على هرمون

التأنيث فقط ، تتبع بخمسة أقراص تحتوى على البروجسترون وهرمون التأنيث .

وحسب كل من النظامين فإن وقف العلاج ينشأ عنه عادة النزف الناتج عن الامتناع فى خلال أيام قليلة ، ويستأنف استمرار العلاج مرة أخرى فى اليوم الخامس من الدورة الجديدة .

واللولب شيء صغير يتخذ أشكالا مختلفة ، وهو يغمد فى الرحم ، وتستغرق العملية دقائق قليلة ولا تحتاج إلا تخدير أو توسيع لعنق الرحم .وقد استعملت اللوالب فى اليابان وفى أماكن أخرى لسنين عديدة .

ولكننا هنا نختص بالتعديلات التى أدخلت عليها بمساعدة التقدم التكنولوجى الحديث . فاللولب الحديث يصنع من مادة خاملة مثل عديد الإيثلين أو الحديد غير القابل للصدأ . وقد يبقى فى الرحم لمدة غير محدودة . وبعض أنواع اللوالب لها زائدة أو ذيل يمتد خلال قناة عنق الرحم إلى المهبل . هذه الزائدة تسهل نزعه وتسمح بالتأكيد من استمرار وجوده بسهولة فى أثناء الفحص المستعملة وبواسطة الطبيب .

وطريقة عمل اللولب لا تزال غير مفهومة بالرغم من البحوث المعملية والإكلينيكية الكثيرة فى أثناء السنوات القليلة الماضية ، وطرق العمل التى قد تكون ممكنة هى تعطيل حركة الحيوان المنوى فى الرحم أو قناة فالوب أو تعطيل إخصاب البويضة أو انتقالها فى قناة فالوب أو تعطيل انغراسها فى الرحم .

الفعالية :

إن موانع الحمل عن طريق الفم فعالة مئة فى المئة ، إذا استعملت حسب النظام الموصوف فى منع الحمل .

وأكبر التقارير التى طبعت سنة ١٩٦٢ تغطى تجمعها من حوالى ٢٩٠٫٠٠٠ دورة من العلاج .

وخلال هذه الفترة من الاستعمال وجد خمسة عشر حملا لم يكن سببها حذف قرص أو أكثر حسب قول المستعملة التى حملت ، وكانت معدلات الحمل الناتجة هى ١ ر فى المئة من النساء فى السنة .

ويظهر أن منع الحمل عن طريق الفم بالتعاقب أقل فعالية . فهو ذو معدل للحمل يبلغ نصفا فى المئة من النساء فى السنة ، وقد استقى هذا الرقم من بحث علمى أجرى على سبعين ألف دورة ، حدث فيها خمسة وعشرون حملا تعزى إلى فشل الطريقة نفسها .

ولحساب معدلات الحمل بالنسبة لموانع الحمل عن طريق الفم بالمقارنة إلى الطرق الأخرى المستعملة ، فإننا نحتاج إلى إدخال ما يسمى بفشل المريض الذى ينتج عن حذف واحد أو أكثر من الأقراص فى أثناء الدورة .

وبهذا تتحدد معدلات الحمل على أنها ٧ر فى المئة فى السنة فى النظـــام المشترك ، و ٤ر١ فى المئة فى السنة فى النظام المتعاقب حسب التقارير المتاحة .

ولقد جمعت أكبر كمية من المعلومات الإكلينيكية عن استعمال اللوالب فى الولايات المتحدة بواسطة برنامج الإحصاء التعاونى الذى يرعاه مجلس السكان .

وكان أحدث تقرير له فى ٣٠ يونية ١٩٦٨ متضمنا معلومات قدمها ثلاثون باحثاً أغلبهم فى الولايات المتحدة ، وتستوعب أكثر من ٥٤٧٫٠٠٠ امرأة فى الشهر تستعمله . والمشروع يمثل المحاولة الأولى فى تاريخ تنظيم الإخصاب لتقويم طريقة جديدة منذ بدئها بتحليل منظم للمعلومات المتجمعة باستعمال طريقة ثابتة وأسلوب إخصائى رفيع .

وهناك مصادر أخرى للمعلومات عن اللوالب لا تعتمد على البحوث فى

طريقها إلى الظهور فى شيلى والصين الوطنية وكوريا ومناطق أخرى .

ولقد تبين من تحليل بيانات البرنامج الإحصائى التعاونى أن معدلات الفشل بالنسبة لأكثر اللوالب شيوعا هى فى حدود حملين أو ثلاثه فى كل مئة امرأة فى السنة الأولى ، ومعدلات أقل فى أثناء السنين التالية ، وقد تتوقع معدلات للفشل أعلى قليلا تحت ظروف برنامج الصحة العامة ، حيث يمكن أن يسقط اللولب خارج الرحم دون أن تلاحظ ذلك المرأة التى تستعمله .

ولهذا فإن المراجعات المتكررة ، وعادة فى أثناء الدراسات الإكلينيكية تزيد من فرصة اكتشاف سقوط اللولب غير الملحوظ قبل الحمل .

وفاعلية اللولب كمانع للحمل لا تعتمد كثيراً على الحالة النفسية للمريضة أو حالتها الاجتماعية . والذكاء والدوافع لهما أهمية فقط من حيث احتمال ملاحظة سقوط اللولب ، فالأزواج المتعلمون جيدا والمتزنون اتزانا عاطفيا جيداً يجب ألا يتوقعوا درجة أعلى من الحماية بواسطة اللولب أكثر من تلك التى للأساليب التقليدية مثل ، الغشاء ، والقراب ، ولا شك أنهم أيضا يمكنهم الوصول إلى معدلات حمل أقل عن طريق موانع الحمل عن طريق الفم أكثر من اللوالب .

وميزة اللوالب واضحة فى الجماهير التى لم تتعود الممارسة المستمرة لمنع الحمل ، وبين الأزواج أصحاب الصعوبات العاطفية التى تعرقل الممارسة الفعالة لتنظيم النسل .

الاستعداد للتقبل :

إن الاستعداد لتقبل موانع الحمل عن طريق الفم أو اللوالب يتحدد إلى درجة ذات مغزى بحدوث الأعراض الجانبية وبا كورة استعمال موانع الحمل

عن طريق الفم كثيرا ما يصاحبها ظهور أعراض الحمل مثل الغثيان ، والقيء واحتقان الثدى ، التى ترتبط أساسا بما يحتويه القرص من هرمونات التأنيث ومن الشكاوى الأخرى الشائعة النزف فى أثناء استعمال العلاج ، وزيادة الوزن والصداع والدوار ، وتلون جلد الوجه باللون المائل للبنى الذى يعرف بالكلف .

وبينما يخف ظهور هذه الأعراض فى أشهر قليلة فإن ، تلك الأعراض لا تزال تثبط همم بعض المستعملات فيتحولن إلى طرق أخرى أو حتى يتوقفن عن تنظيم الأسرة . ومن بين النسوة اللاتى تستعملن اللوالب تكون أكثر الشكاوى من النزف أو بقع الدماء والألم بما فى ذلك التقلصات ، وألم الظهر وأنواع التعب الأخرى ، هذه الأعراض تحدث أكثر ما يمكن بعد الإغماد مباشرة ، وكما هو الشأن بالنسبة لموانع الحمل عن طريق الفم تعمد إلى الاختفاء خلال بضعة أشهر ، ولكنه فى بعض الحالات يستمر النزف أو الألم أو كلاهما بشكل شديد يحتاج إلى نزع اللولب .

وإن التقبل الواسع لموانع الحمل عن طريق الفم فى الولايات المتحدة ليشهد بصدق الحقيقة القائلة إنه خلال خمس سنوات من قبول أول منتجات أصدرتها إدارة الغذاء والعقاقير للتوزيع الشامل فى كل أنحاء البلاد ، فإن عدد المستعملات الحاليات بلغوا حوالى ٢٥ فى المئة من ممارسات منع الحمل فى الولايات المتحدة .

وفى جميع أنحاء العالم قدر عدد النساء المستعملات للأقراص فى منتصف سنة ١٩٦٧ بحوالى ١٣ مليوناً نصفها فى الولايات المتحدة .

وبينما استعمال موانع الحمل عن طريق الفم فى الولايات المتحدة يبلغ ذروته فى النساء الشابات اللاتى لهن حظ من التعليم فى الكليات ، هناك إجماع عام بين ممارسى الطب ، أن كل النساء ، بما فى ذلك قليلات الحظ من التعليم ، يمكن أن يتعلمن تعاطيها بطريقة مستمرة . وإن هذه الطريقة لتنظيم النسل أثبتت أنها

مقبولة عند كثير من الأزواج الذين كانوا غير راغبين فى محاولة ممارسة الطرق التقليدية ، أو غير قادرين على استعمالها بنجاح .

وعدد اللوالب التى أخمدت فى الولايات المتحدة ليس معروفا بالتحديد ، ولكن المتنبىء العليم ينبىء أن حجمها من حوالى مليون إلى مليونين ، وفى الخارج أصبحت اللوالب الدعامة الرئيسية لكثير من البرامج الوطنية لتنظيم الأسرة خصوصاً فى آسيا . وبينما يبلغ عدد الإغمادات المطلق ذروته فى الهند ، فإن تكرارها النسبى يبلغ ذروته فى كوريا وفى الصين الوطنية . ويبلغ عدد النساء الكلى فى العالم اللائى يستعملن لولباً حديثاً حالياً حوالى خمسة ملايين .

وهناك مقياس مهم لقبول طريقة تنظيم الإخصاب ، ألا وهو معدلات الاستمرار والتى تبين نسبة الأزواج الذين يستعملون الطريقة فى وقت معين بعد بدء الاستعمال ، وبالنسبة لموانع الحمل عن طريق الفم ، فإن المعلومات المستقاة من مسح شامل لكل الشعب فى الولايات المتحدة توحى أن معدل الاستمرار هو حوالى ٧٣ فى المئة بعد اثنى عشر شهراً ، وحوالى ٦٢ فى المئة بعد أربعة وعشرين شهراً ؛ وذلك لا يتضمن النساء اللاتى انقطعن لأنهن يردن الحمل . وكانت معدلات الاستمرار أكثر من الكبيرات فى السن وأولئك الأقل تعليما ، ولكن الفروق لم تكن كبيرة . وعلى حسب برنامج الإحصاء التعاونى الذى يعكس أساساً الممارسة الإكلينيكية فى الولايات المتحدة ، كانت معدلات الاستمرار المناظرة بالنسبة لأكثر أنواع اللوالب شيوعاً هى ٧٨ فى المئة بعد اثنى عشر شهراً ، تنخفض إلى ٦٧ فى المئة بعد أربعة وعشرين شهراً ؛ أى أعلى قليلا من معدلات طرق منع الحمل عن طريق الفم فى هذا المسح الشعبى الشـامـــل .

والاستعمال المستمر للولب يتحدد أولياً بحدوث السقوط والأعراض الجانبية التى تستلزم نزعه .

ويتفاوت حدوث السقوط تفاوتاً كبيراً بين الأنواع المختلفة للوالب

فيكون ١٠٪ خلال السنة الأولى بعد الإغماد بالنسبة للنوع الأكثر شيوعا . وتتجه معدلات السقوط إلى أن تكون أعلى بين النساء الصغيرات اللاتى لم يلدن كثيرا أكثر من النساء الكبيرات اللاتى ولدن كثيرا . وكانت السن هى العامل الأكثر أهمية ، ويحدث أغلب السقوط فى أثناء الشهور الأولى بعد الإغماد عادة ، ولاتكون كذلك دائما ، فى أثناء الحيض . والسقوط بعد السنة الأولى غير شائع . وبينما خطر السقوط بعد الإغماد المتكرر أعلى بكثير بعد الإغماد الأول ، فإن٢ من كل٥ يحتفظن باللولب فى آخر الأمر . أما فى الأنواع الأخرى من التعب ، أو بسبب أن المعدلات الشهرية للنزع لاتتناقص بسرعة ، كما هى الحال فى معدلات السقوط ، فإن النزع يصبح هو السبب الرئيسى للانقطاع .

وحسب التقارير المحللة تحليلا دقيقا ، فإن معدلات الاستمرار بالنسبة للوالب كانت أقل بدرجة ذات مغزى فى البرامج القومية للدول النامية ، منها البرنامج الإحصائى التعاونى ، والسبب فى هذا الأداء الأقل جودة غير مفهوم فهماً كاملا ، ولايزال الأمر قيد البحث . والتقديرات المبدئية وغير المطبوعة للمحاولات العديدة الحديثة لإدخال منع الحمل عن طريق الفم إلى هذه البرامج توحى بمعدلات استمرار أقل من تلك التى توقعناها على أساس التجربة فى الولايات المتحدة .

وإنه لمن المعقول أن نفترض أن النساء الصغيرات الحجم ، وخصوصا أولئك اللواتى يعانين من سوء التغذية يشعرن بقىء شديد ، وأعراض أخرى معدية معوية كرد فعل لكميات من هرمونات التأنيث يمكن أن تستوعبها المرأة الأكثر وزنا ، والأحسن تغذية . ومع هذا فإن منع الحمل عن طريق الفم قد أثبتت أنه أحسن كثيرا من الطرق التقليدية فى المجموعات ذوات الدخل المنخفض فى الولايات المتحدة ، وإنه لمن المتوقع أنه سيكون كذلك فى البرامج القومية للدول .

الأمان :

إن كثيرا من التجارب السيئة قد مرت بها النساء اللاتى يستعملن مانع الحمل عن طريق الفم والتى عزى بعضها إلى العلاج . وكان تقويم هذه الحقائق فى غاية الصعوبة لأن الظروف التى تقوم بدراستها تحدث أيضا بين النساء اللاتى لايتعاطين الأقراص . ولهذا فإنها متوقعة أيضا فى ملايين النسوة اللاتى يتعاطين هذه المركبات بانتظام . ولم يكن من الممكن حتى الآن إثبات أو استبعاد ارتباط اخصائى مع موانع الحمل عن طريق الفم ، وإن كانت أغلب هذه الأعراض السيئة قد ذكرت من قبل .

والحالة الوحيدة التى لها ارتباط بهذه العقاقير ، هى المرض التجلطى الانسدادى ، بما فى ذلك الحصيلة المميتة من انسداد الشريان الرئوى . ولقد خرجت التقارير متضمنة حالات كهذه من مستعملى موانع الحمل الفمية مبكرة فى سنة ١٩٦١ مثيرة بذلك معارضة ناشطة ، بل حامية فى بعض الأحيان . وقد عقد مؤتمر خاص سنة ١٩٦٢ ، ومجلسان استشاريان لإدارة الأغذية والعقاقير ، وقرروا فى سنة ١٩٦٣ وسنة ١٩٦٦ أنهم غير قادرين على حل المشكلة على أساس المعلومات الموجودة لديهم فى ذلك الوقت .

ولقد ألقيت أضواء جديدة على العلاقة بين استعمال موانع الحمل الفمية وحدوث المرض التجلطى الانسدادى بواسطة ثلاثة تقارير من المملكة المتحدة نشرت فى سنة ٦٧ وسنة ٦٨ ، وكانت هذه التقارير كلها مستعيدة للماضى ومتعاملة فيه ، بمعنى أن البحث عن استعمال موانع الحمل الفمية أجرى بعد بدء المرض ، وقد تمخضت هذه التقارير الثلاثة كلها عن نتائج ذات مغزى .

وقد اختص واحد منها بالنساء اللواتى يعنى بهن الممارسون العامون ، وآخر بالمرضى فى المستشفيات ، والثالث بالنساء اللاتى توفين من المرض التجلطى الانسدادى .

وحسب هذه الدراسات فإن حدوث المرض الانسدادى التجلطى يبلغ ثلاثة أضعاف قدره بين النساء المستعملات لموانع الحمل الفمية ، بالمقارنة إلى النساء غير الحوامل الأخرى فى سن الإنجاب .

والمستعملات يعمدن لدخول المستشفى تسع مرات أكثر بالمقارنة إلى غير المستعملات ، كما أن معدلات وفاتهن من المرض التجلطى الانسدادى يبلغ سبعة أضعاف الفريق الآخر .

وزيادة الوفاة الراجعة إلى استعمال موانع الحمل الفمية تقدر بحوالى ثلاث وفيات فى كل مائة ألف مستعملة فى السنة .

ومغزى هذه الزيادة فى الوفاة يجب أن يوضع بجانب معدلات الوفاة السنوية الحالية فى المملكة المتحدة من كل الأسباب الأخرى ، وتبلغ حوالى مائة فى كل مائة ألف فى السن مابين ١٥ ، ٤٤ وأن يوضع أمام تعرض حياة الأم لخطر الوفاة الناتج من الحمل والولادة الذى لايتضمن الموت بسبب الإجهاض غير الشرعى ، وتبلغ حوالى٢٥من كل مائة ألف حمل ، والمعدلات المماثلة فى الولايات المتحدة أعلى قليلا .

وحتى الآن ليس هناك دليل على أن وقف التبويض لمدة طويلة يمكن أن يسبب فسادا دائما للغدة النخامية أو المبيضة . وكقاعدة فإن دورة التبويض والحيض تعود إلى سابق عهدها بسرعة عند وقف العلاج ، وكذلك القدرة على التلقيح والحمل ، ولقد أظهرت الدراسات العملية على أن أيض المواد الكربوهيدراتية ، ووظائف الجسم الأخرى انحرافا عن القيم الطبيعية ، ويجرى الآن تقدير مغزى هذه التغييرات .

وتعتبر أهم تجربة سيئة ترتبط باستعمال اللولب مرض التهاب الحوض الذى ظهر فى تقرير البرنامج الاخصائى التعاونى فى أثناء السنة الأولى من الإعماد بحوالى ٢—٣٪ من النساء المستعملات لأكثر الأنواع شيوعا .

ولقد كان حدوث ذلك بنسبة أعلى فى الشهر الأول بعد الإغماد أكثر من الشهور المتأخرة . وهناك معلومات مناظرة عن حدوث مرض التهاب الحوض غير متيسرة ، ولكن دراسة واحدة على الأقل قد أثبتت أنه فى الجماهير ذات المعدل العالى من مرض الالتهاب الحوضى ، فإن ذلك الحدوث إنما يحدث أكثر ما يكون فى النساء المستعملات للوالب .

وإلى حد كبير فإن نوبات مرض التهاب الحوض التى ترتبط باللولب قد فسرت على أنها إحياء لحالة مزمنة ؛ أو تحت المزمنة ، كانت موجودة من قبل وسببتها عملية الإغماد أكثر من كونها عدوى جديدة .

وليس من المعروف ما إذا كان إغماد لولب فى امرأة ذات أعضاء حوضية سوية يمكن أن يسبب مرض التهاب الحوض أم لا .

وأغلب حالات مرض التهاب الحوض بين النساء المستعملات للولب بسيطة نسبيا ، ويمكن أن تعالج بنجاح بالمضادات الحيوية دون نزع اللولب ، ولكن بعض المريضات بالتهاب الحوض بسبب اللولب أو بغيره يصبن بمضاعفات خطيرة ، ويموت البعض منهن حتى مع العناية الطبية الكافية .

وانثقاب الرحم وتحرك اللولب إلى التجويف البطنى هو من المضاعفات غير المألوفة التى تنتج عن إغماد اللولب . ومع هذا فإن أغلب ثقوب الرحم ليس لها أعراض ألبتة ، وتكتشف فى أثناء المراجعة الروتينية عند محاولة نزع اللولب أو بعد الولادة . ولكن فى حالات قليلة فإن اللولب المتحرك إلى التجويف البطنى قد يسبب انسداداً معويا .

وليس هناك دليل فى الوقت الحاضر على أن موانع الحمل الفمية أو اللولب يسببان السرطان فى النساء ، ولكن حيث إن كل مسببات السرطان فى الإنسان ذات أثر آجل ذى فترة استكانة تقرب من عشر سنوات ، فإنه لن يمكن اتخاذ

قرار حازم بشأن هذه النقطة ، حتى يكون هناك عدد لا بأس به من النساء قد استعملن موانع الحمل الفمية واللوالب لمدة طويلة ، وعلى أساس التجربة الحالية فإن الإخصاب لا يصيبه الضعف فى النساء اللاتى يوقفن استعمال موانع الحمل الفمية أو اللوالب لكى يحملن .

ولم تلاحظ أية زيادة فى شيوع التشوهات الخلقية بين الأطفال المولودين لنساء يتعاطين موانع الحمل الفمية ، أو يستعملن اللوالب ، وبالذات ليس هناك تقرير عن تذكير الأطفال الإناث يعزى إلى البروجسترون فى أثناء تعاطيه كمانع فى للحمل ، أو أية إصابة لطفل حمل فيه حين وجود اللولب فى الرحم .

خلاصة :

وكخلاصة فإن موانع الحمل الفمية واللوالب الحديثة هى ذوات فعالية عالية فى منع الحمل غير المرغوب فيه أكثر من الطرق التقليدية ، ويقوم الدليل على أن هناك مخاطر لاشك فيها من استعمالها على الحياة والصحة ، ولكن تلك الخطورة ضئيلة إذا ماقورنت بخطورة الحمل والمخاطر الأخرى التى يتعرض لها الإنسان بسبب أعراض يعتبرها مهمة .

وليست موانع الحمل الفمية ولا اللوالب المتيسرة حالياً هى الطريقة المثالية لتنظيم الإخصاب ، ولكن فى الوقت المناسب ستصبح الطرق التى تعتبر الآن حديثة هى الطرق التقليدية ، ولكن ذلك سيحدث فى المستقبل عندما يستمر التقدم التكنولوجى .

١٨

اتجاهات جديدة للتحكم فى الخصوبة

شلدون ج . سيجال

البحوث البيولوجية الطبية :

منذ قرون عديدة ،والإنسانية تحاول منع الحمل بأساليب بسيطة ومباشرة تمنع الحيوان المنوى من اتخاذ طريقه إلى التنافس على الإخصاب . ولقد تجلى الإبداع الإنسانى فى تلك المحاولات لتعويق تلك الرحلة . وفى الحقيقة فإن كل طريقة ممكنة قدأجرى تجريبها لوقف صعود الحيوانات المنوية فيماخلا(سوستة) زمام منزلقة توضع على عنق الرحم ! !

ولقد واجهت الحيوانات المنوية أشكالا عديدة من عقبات الطريق القاسية ، أو تعثرت فى مستنقعات الجلاتين المميتة ، أو الكريم ، أو الرغوة ، أو السائل الخوار ، وحتى بغير سلاح من المؤسسات العلمية الرفيعة ، فإن رجال القبائل البدائية فى استراليا قد استعملوا بدعات عائلة لجعل الحيوان المنوى ينحرف عن مساره الطبيعى . وقد استعمل غصن مسنون لعمل فتحة فى مجرى البول عند قاعدة القضيب (تقفل هذه الفتحة فى أثناء التبول كما يفعل عازف المزمار) .

وهكذا فإنه ، حتى وقت قريب ، كانت الأسس العلمية لكل وسائل منع الحمل تقريباً هى الحقيقة القائلة إن المنى يحتوى على العامل الذكرى المسئول عن الإخصاب ، وهى حقيقة تقررت منذ آلاف السنين فى فجر تاريخ الحياة الإنسانية .

ثم تعلقت تكنولوجيا منع الحمل بأهداب القرن العشرين ، إذ وجه العلماء اهتمامهم لدورة التبويض فى الأنثى والتحكم الهرمونى فى الإنجاب فى كلا الجنسين . ومبدأ الامتناع الدورى المؤقت لتحاشى الجماع يوم التبويض كان أول طريقة فى التحكم فى الإخصاب اتخذت أساساً لها الفهم العلمى الحديث لعملية الإنجاب ، ومع أن طريقة الرتم هذه لم يثبت أبداً أنها طريقة فعالة لممارسة منع الحمل ، إلا أن هذا لا يصرف الاهتمام عن التركيز على عملية التبويض على أنها مفتاح إلى التحكم فى الإخصاب .

ولقد مرت أجيال عديدة سارت فيها المعلومات اللازمة لتقديم طريقة فعالة وآمنة لمنع التبويض ، فى طريقها حتى وصلت إلى هدفها فأحدثت ثورة فى عالم منع الحمل .

ومنذ سنة ١٩٣٠ كان علماء الغدد الصماء قد أثبتوا أن التبويض يحدث فقط عندما يتأثر المبيض بالهرمونات المنشطة للغدد التناسلية التى تفرزها الغدة النخامية . ومنع إنتاج هذه الهرمونات المنشطة للغدد التناسلية من الغدة النخامية له تأثير ثانوى هو منع إنتاج البويضات شهرياً . والهرمونات الاستيرويدية التى ينتجها المبيض أو الخصية يمكن أن تسبب هذا المنع ، ولكنه عند النظر إلى ذلك كطريقة عملية لمنع التبويض ، نجد أن تعاطى هذه المواد الطبيعية يمكن أن ينطوى على أضرار خطيرة .

فالتستوستيرون ، وهرمون الجنس الذكرى ، ينتج عنه ظهور أعراض الرجولة فى النساء عندما تتعاطى منه جرع كافية لمنع التبويض . أما الاستيرديول — وهو هرمون المبيض — فإنه يسبب نزفاً حيضيا ، غير منتظم وغير عادى . أما الهرمون الآخر للمبيض — وهو البروجستيرون — فإنه مانع ضعيف لإنتاج منشطات الغدد التناسلية من الغدة النخامية . ومن الناحية العملية فإن تعاطيه بالفم يلزم أن يكون فى جرع كبيرة ، كما أن تأثيره ليس كافياً .

وعندما جاءت سنة ١٩٥٤ فإن كيميائى الاسترويدات كانوا قد خلقوا سلسلة من الاسترويدات تعرف بـ ١٩ نور الاستيرويدات التى أثبتت فعالية كبيرة فى منع التبويض عند تعاطيها بالفم . وكهرمونات مخلقة فإن هذه البروجستينات كان من خواصها إثارة الغشاء المبطن للرحم حتى يتحول إلى حالة مماثلة للحالة قبل الطمث بغير أن يحدث النزف غير المنتظم كثيراً .

وبإضافة كمية قليلة من هرمونات التأنيث أصبح من الممكن محاكاة دورة طمثية منتظمة بغير حدوث التبويض ، ويتعاطى هذا الخليط عشرين يوما كل شهر . وفى هذا الوقت فإن إنتاج منشطات الغدد الجنسية من الغدة النخامية يتوقف . كما أن الغشاء المبطن للرحم يكون فى الحالة ما قبل الطمثية .

وعند التوقف عن العلاج يحدث انهيار فى الغشاء المبطن للرحم ينتج عنه نزف طمثى . ويمكن تكرار هذه الدورة ، وقد بدأت محاولات منع الحمل سنة ١٩٥٦ وكشفت النتائج عن نجاح ملحوظ ، وهكذا انطلقت إلى الوجود مرحلة تحديد النسل الهرمونى ، ومعه بدأ أيضـــاً البحث عن طرق مختلفة للوصول إلى تنظيم الإخصاب عن طريق التدخل فى الروابط التى تربط سلسلة الأحداث التناسلية .

وعموماً ، وبغير استثناء ، فإن المجهودات التجريبية لمنع الإخصاب يمكن أن توصف كمحاولات للتأثير على حدث أساسى فى عملية تحكم الغدد الصماء فى التناسل . وبإزاحة الغطاء تدريجياً عن الحاجات الهرمونية الطبيعية لعملية التناسل فإنه يبدو واضحاً أن خطوات عديدة فى هذا التتابع يمكن مهاجمتها عن طريق التدخل المتحكم فيه .

منع التبويض :

تتكون موانع الحمل الهرمونية الأصلية من هرمون تأنيث مخلق وبروجسترون مخلق ، إما مخلوطة معاً فى أقراص ، وإما كل منها على حدة فى أقراص تعطى

بالتتابع . ومع أن هذه المستحضرات تمنع التبويض عادة ، فإن لها تأثيرات حيوية أخرى تشارك فى فعاليتها كمانع للحمل . وتأثيرها فى التبويض ينتج عن منع إفراز نشاطات الغدد الجنسية من الغدة النخامية الذى ينتج بالتالى تأثير الاستروبدات على المنطقة ماتحت المهادية فى أو مراكز المخ الأكثر علواً وإن منع التبويض عن طريق تأثير مباشر فى مستوى الجهاز العصبى المركزى ، يمكن أن يتحقق تجريبيا بواسطة عوامل أقرباذينية أخرى تتضمن : المهدئات ، والمخدرات ، وبعض عقاقير القلب ، والدورة الدموية ؛ فالمورفين — على سبيل المثال — قد تبين أنه يعطل التبويض فى النساء . وتطبيق هذه الملاحظات عمليا بغرض التحكم فى التبويض يبدو غير معقول ، حيث إنه لادليل هناك على أن من الممكن فصل الفعل المضاد للتبويض عن الخواص الأقرباذينية العامة لهذه المركبات .

وهناك إمكانية أخرى لمنع التبويض عن طريق التأثير فى الجهاز العصبى المركزى يمكن أن تنشأ عن فهمنا المتزايد لكيفية عمل العلاقة بين المخ والغدة النخامية والمواد الكيماوية الناتجة عن المخ التى تنظم إطلاق منشطات الغدد الجنسية من الغدة النخامية قد أمكن معرفتها ، ويبدو أنها جزيئات بسيطة نسبيا ، ولكن كيمياها لم تكتمل بعد ، وحتى ذلك الوقت فإن إمكان استعمال هذه العوامل المسببة لإطلاق منشطات الغدد التناسلية ، أو مماثلاتها التى قد تعمل عن طريق التضاد التنافسى كأساس للتحكم فى الإخصاب ، يجب أن تبقى كنوع من التخمين . والذى يحتمل أن يكون له أثر أكثر قبولا هو ما وجد حديثا من من أن منطقة ماتحت المهاد بالمخ ، بالإضافة إلى ماتفرزه من مطلقات لمنشطات الغدد التناسلية ، تفرز أيضا مواد معطلة تشكل طريقة فسيولوجية طبيعية لمنع إنتاج منشطات الغدد التناسلية .

وقد وجدت هذه المواد المعطلة فى أمخاخ الرضع والأطفال فى فترة ما قبل البلوغ ، مما يوحى بأنها تلعب دورا فى إمساك دائرة الغدة النخامية وغدد التناسل عن العمل حتى البلوغ .

والمنع المباشر لإنتاج منشطات الغدد الجنسية على مستوى الغدة النخامية ، أو التدخل فى طريقة عمل منشطات غدد التناسل السيارة فى الدم ، يمكن إحداثها بطرق صناعية . فمن الممكن إنتاج أجسام مضادة لمنشطات الغدد فى الحيوانات المعملية بواسطة التطعيم ، وتظهر على الحيوانات المطعمة الأعراض النموذجية لنقص منشطات الغدد ذكورا كانوا أو إناثا ؛ ففى الذكران تتوقف عملية إنتاج الحيوانات المنوية ، أما فى الإناث فإن نضج البويضة والتبويض يتوقف ، ويبقى بعد ذلك عديد من المشكلات ينتظر الحل . وتطبيق هذه النتائج المعملية عمليا على الإنسان غير ممكن الآن . فعلى سبيل المثال ليس هناك طريقة يتوقع أن تعرف قريبا ، يمكننا إرجاع الحال إلى ما كانت عليه عند اللزوم ، إذا ما استعملنا طريقة تعطيل الإخصاب المبنية على التطعيم الفعال بمنشطات الغدد ، كما أنه من الصعب فى الوقت الحاضر أن نفصل بنقاء كامل الهرمون المكون للجسم الأصفر ، وهرمون تنشيط الحويصلات ، وذلك يجعل من الصعب فصل التداخل المناعى لوظيفة الغدة التناسلية الخاصة بإنتاج (الجاميطات) من التدخل غير المرغوب فيه ، والذى يعطل وظيفة إنتاج الهرمونات .

وهناك أسلوب آخر لتعطيل أثر منشطات الغدد السيارة فى الدم ، ألا وهو دراسة النواتج الطبيعية للنبات . وعلى الأقل هناك نباتان ، واحد منهما من حشائش البرارى بأمريكا الشمالية ، وقد قيل عنه إن له مثل هذه الفعالية ، ولكن سنوات من الدراسة أخفقت فى إظهار مكون فعال ليس له أعراض جانبية غير مرغوب فيها ، وعموما فإن تقويم مستخلصات النبات من حيث الفعل المضاد للاخصاب عن طريق وقف مفعول الهرمونات المنشطة للغدد الجنسية كان غير مشجع ولا فائدة ترجى منه . ومن وقت لآخر نسمع عن ناتج نباتى له مفعول قاطع مضاد للاخصاب ودائما ، وفى كل حال تعزى هذه النتائج إلى فعل مماثل للهرمون الأنثوى ؛ وهو شىء موجود فى كل الخضر ونباتات أخرى ، وهو فعل ليس له مغزى عملى من حيث منع الحمل كهدف .

ولهذا فإنه يبدو أن التحكم فى الإخصاب المبنى على منع التبويض سيستمر

معتمدا على الهرمونات المخلقة المماثلة لتلك المستعملة الآن ، والمستعملة كمكون من مكونات الحمل عن طريق الفم الشائع الاستعمال ، ولاتزال الاختلافات في كيفية تعاطى مضادات التبويض الاستيرويدية قيد الدراسة . وعلى سبيل المثال فإن الاسترويدات التي لها القدرة على أن تختزن في الدهن الذى بالجسم الإنسانى بعد تعاطيها عن طريق الفم تعطينا الفرصة لتطوير طريق لمنع الحمل بواسطة قرص واحد شهريا .

والحقن ذات المفعول الطويل من الاستيرويدات يمكن أن يكون لها أثر انخزانى يستمر لأشهر عديدة .

وكل طريقة للتعاطى لها ميزاتها وعيوبها ، ولكنها لها كلها نفس الأسلوب في كيفية العمل .

ولقد كانت أكثر الوسائل دراسة هى الحقن الدورى لكميات كبيرة من البروجستينات المخلقة في شكل بلورات شديدة الصغر . وقد بحث الأمر بالنسبة لألوف عديدة من النساء لأكثر من ٢٠ ألف امرأة في الشهر ، عندما استعمل البروجستين المخلق ٦ ألفا مثيل — ١٧ ألفا هيدروكسى ، خلات البروجسترون .

وكان النظام الذى درس تماما هو حقن ١٥٠ مجم كل تسعين يوما ، مع أن الدراسة تتقدم بالنسبة للحقن كل نصف سنة لكميات قدرها ٥٠٠ مجم . وبهذا الأسلوب فإن التبويض يتوقف عادة .

ومع هذا فقد لايتوقف ظهور الحويصلات المبيضية ، حتى إن إنتاج هرمون التأنيث المفرز داخليا لايتوقف تماما ، ولكن حالة الغشاء المبطن للرحم ، تبين أن الاتزان بين هرمون التأنيث والبروجسترون بعيد جداً عن الطبيعى . ولهذا فإن النزف الرحمي غير متوقع أبدا في النسوة اللاتى يتبعن

ذلك النظام . ولقد كان النزف فى النساء فى المتوسط ثلاثة من كل عشرة أيام فى الأشهر الثلاثة الأولى ، بعد حقنة مقدارها ١٥٠ مجم ، ويوم من كل عشرة أيام (أقل من النزف فى الطمث الطبيعى) بعد خمس أو ست حقن من النوع الذى يتكرر كل ثلاثة أشهر . وبالطبع فإن هناك اختلافا كثيرا بين المرضى ، ولكنه فى نهاية العام يصبح الغشاء المبطن للرحم فى أغلب النساء ضامراً ويتوقف عن الحيض . ولقد صاحبت هذه الطريقة معدلات شديدة الانخفاض للحمل .

ولكن هناك تأخيراً كبيراً فى استعادة الدورات التبويضية عند الرغبة فى ذلك ، ويعتبر تأخر التبويض — من اثنى عشر إلى واحد وعشرين شهراً — شيئا غير معتاد ، ولكن الوقت اللازم لاستئناف الشكل المنتظم للتبويض لا يزال غير محدد .

منع إحداث مابعد التبويض

انتقال البويضة فى الأنابيب

إن اللاقحة ، أو البويضة ، المخصبة حديثا ، تقضى عادة بضعة أيام وهى مارة بالمسالك التناسلية الأنثوية ، قبل أن تبدأ عملية الانغراس فى الرحم ، ويحدث هذا فى تتابع مؤقت بدقة عظيمة بحيث يبدأ فى نفس الوقت الذى تحدث فيه تغيرات تحضيرية فى الغشاء المبطن للرحم ، فإذا وصلت اللاقحة مبكراً من أنبوبة فالوب فى وقت يكون الرحم فيه غير متطور بدرجة كافية فإن اللاقحة تتحلل ولايحدث الحمل .

ولهرمونات المبيض الاستيرويدية تأثير منظم عظيم فى انتقال البيضة فى الأنابيب ، فهرمونات التأنيث تزيد من إفراز السائل الأنبوبى ، كما تزيد من نشاط الأهداب فى الجزء العلوى من الأنبوبة ، وتزيد من الحركة الدودية لعضلات الأنبوبة . وللبروجسترون تأثير عكسى عموما فى كل من هــــذه

المتغيرات . فإذا ماجعلنا تتابع هذه التأثيرات الهرمونية يضطرب ، فإن هذا قد يسبب اضطرابا فى المرور الطبيعى للبيضة المنقسمة فى أنابيب فالوب ، وفى الحقيقة يمكن إقامة الدليل على هذا فى كثير من التجارب ، ولـكن ليس هناك مفهوم بسيط جامع يمكن تـكوينه من هذه الملاحظات . ومع هذا فإن قابلية هذه الآليات التنظيمية الخاصة بانتقال البويضات فى الأنابيب لاتزال تمدنا بأساس شائق لـكيفية التدخل التحكمى فى الإخصاب .

ولقد تضمنت الدراسات الحديثة أثر العوامل الهرمونية ، إذا ما استعملت بعد الجماع فى منع الانغراس ، وأثرها فى انتقال البيض أو اللاقحات فى الأنابيب ، وكذلك أثرها فى منع تطور البيضة فى الحيوانات تحت الإنسانية ، ويمكن منع الحمل فى قرد الرزياس بإعطائه هرمون التأنيث خلال أربعة أيام من الجماع فى أثناء عبور البيضة الملقحة أنبوبة فالوب .

ولقد أعطى للقردة عن طريق الفم الاستروديول والاستلبوستيرول وايثنيل الاستروديول والمسترانول — أو أى مركب تجريبى له أثر هرمونى أنثوى ، وأثر مضاد لأثر الهرمون الأنثوى فى مستعمرة من قرود الرزياس — بعد ٣٠٠ حالة جماع قد اعتادت تلك المستعمرة أن يكون معدلات الحمل فيها ٧٠٪ بعد الجماع — وعندما أعطى هرمون التأنيث بعد الجماع لم ينجح حمل واحد .

وفى أثناء هذه التجارب لم تجر محاولة واحدة للتأكد من سبب الفعل المضاد للإخصاب ، وقد عزى الأمر إلى الإسراع فى الانتقال فى الأنابيب ، لأنه فى أجناس أخرى جرى تدعيم العلاقة بين إعطاء هرمون التأنيث بعد الجماع والإسراع فى انتقال البيض فى الأنابيب .

وقد أمكن جلاء حقيقة قذف البيض قبل الأوان من أنابيب فالوب ، تحت تأثير هرمون التأنيث فى الفئران ، والأرانب ، وخنازير غينيا . ولقد ظهرت الآن تقارير عن تنوع المركبات المسببة لذلك ، سواء الاستروديول . أو غير الاستروديول . ولـكن الصفة العامة لـكل هؤلاء أنها مركبات ذات تأثير هرمونى أنثوى .

والمعلومات المتاحة عن تطبيق هذه المبادىء على الإنسان قليلة جداً بدرجة لاتسمح بالتقويم . ولو أن التقارير قد بينت أنه فى حالات الاغتصاب وبعض المتطوعين أن حملا لم يحدث عند إعطاء هؤلاء الأشخاص ستلبوستيرول أو ايثنيل استرديول فى خلال من أربعة إلى ستة أيام من الإمناء فى أثناء منتصف الدورة .

ولقد بدأ الآن تحليل منظم عن طاقات الفعل المضاد للإخصاب للعلاج بهرمونات التأنيث بعد الجماع فى إناث الإنسان ، حتى إن النتيجة النهائية قد تظهر فى المستقبل القريب ، ويفترض أن هذا المفعول فى الحيوان قد يمتد إلى الإنسان ، فهناك طريقة شائعة اقترحت للتحكم فى الإخصاب ؛ فلو أن الاقراص أخذت بالفم ليوم أو يومين بعد الجماع لمنعت الحمل ، حتى لو كان الإخصاب قد حدث فعلا ، ولا يكون هناك انقطاع فى الدورة الطمثية العادية ، ولا أية أعراض لحالة الحمل . وفى الحقيقة فليس هناك أى مقياس فسيولوجى يمكن بواسطته أن توصف أى مرحلة من العملية كحمل .

قدرة الحيوان المنوى على الاخصاب :

قد تكون للحيوانات المنوية فى الثدييات مظاهر مورفولوجية حينما تكون طبيعية وقدرة ضعيفة على الحركة دون القدرة على إخصاب البويضة . ولقد أطلق على المرحلة الأخيرة من نضج الحيوان المنوى « التمكين » . ولقد أمكن الحصول على دليل على التمكين فى عدد الأجناس الثديية ، من بينها : الأرانب والفئران ، وحيوان الهمستر (نوع من القوارض) ، والأغنام ، والبقر . ومن وجهة نظر بحوث التحكم فى الإخصاب . فإن التوسيع المراوغ لنطاق مفهوم التمكين هو الفهم للطريقة التى يمكن أن يمنع بها ، والحيوانات المنوية لايحدث لها تمكين فى رحم الأرانب التى حققت بالبروجسترون ، أو الأرانب التى هى فى حالة الحمل الكاذب (الحالة البروجسترونية) . وفى الحقيقة فقد

قيل إن الحيوانات المنوية الممكنة تمكينا تماماً يمكن أن تفقد قدرتها على الإخصاب عند تعريضها للمسالك التناسلية الأنثوية التي تكون تحت تأثير البروجسترون . ومع أن عملية التمكين لم يمكن إثباتها كعنصر أساسي في عملية نضج الحيوانات المنوية في الرئيسيات ، فإن من المفترض أن حدوثها يبدو معقولا .

وعندما يتيسر الحصول على الرئيسيات ما تحت الإنسان بشكل أكثر للبحوث التناسلية، فإن هذا الادعاء سيمكن توضيحه قبل انقضاء مدة طويلة .
وحتى الآن فإن الطريقة الوحيدة التي اكتشفت لجعل المسالك التناسلية الأنثوية غير قادرة على تمكين الحيوان المنوى ، هى تغيير الحالة الهرمونية بحيث يكون اتزان هرمون التأنيث والبروجسترون يميل ناحية البروجسترون — وهذه الملاحظة فى حيوانات التجارب توحى بشرح لآلية نوع جديد من منع الحمل الهرمونى ، يبحث الآن على نطاق واسع — وهذا التطور الجديد فى منع الحمل الهرمونى هو علاج مستمر ، أو جرعة صغيرة من البروجسترون الذى يعطى فعلا مضاداً للإخصاب بغير الفائدة أو المضار الناجمة عن هرمون التأنيث المضاف ، ومن غير تعطيل التبويض ، وأساس الفعل المضاد لا يزال غير معروف تماماً .

وخلال البحوث على موانع الحمل الفمية ، المكونة من هرمون التأنيث والبروجسترون ، استنتج كثير من الباحثين أن التبويض يحدث فى نسبة مئوية ذات مغزى من الدورات ، رغم أن الفعل المضاد للإخصاب كان لا يزال مطلقاً، وهكذا لم تمض سنة ١٩٦٥ حتى ظهرت بحوث تقول إن وقف التبويض يمكن أن يستغنى عنه تماماً رغم الاحتفاظ بأثر قوى مضاد للاخصاب ، وقد أعطى البروجستين المخلق ٦ كلور ، و ٦ ديهيدر ، و ١٧ الفا اسيتوكسى البروجستين ، بجرعات منخفضة كل منها نصف جم لمجموعة من حوالى ألف امرأة ذات دورات طبيعية وفحصت النساء فى العيادة شهريا فى أثناء فترة البحث التى غطت ما يقارب من ١٠ آلاف دورة .

ولقد حدث أربعة عشر حملا ، عزى ثلاثة عشر منها إلى فشل المريضة فى الانتظام فى تعاطى العلاج . وإذا ما أخذنا فى الاعتبار أن هناك حالة منفردة مما يسمى « بفشل الطريقة » ، فإن معدل الحمل يكون ٢ر فى المئة ، أما إذا أخذنا فى الاعتبار كل حالات الحمل التى حدثت بغض النظر عن السبب فإن معدل الحمل يكون ١ر٢ فى المئة .

وعلى أي الحالين يكون ذلك منعا فعالا جداً للحمل ، وبالنسبة إلى أنواع الطمث فإن ٦٠ — ٧٥ فى المئة من النساء فى أى شهر ذوات دورة طولها من ٢٥ إلى ٣٥ يوما ، ولكن ٢٠ فى المئة منهن كان عندهن نزف فى وسط الدورة (١) ، وينقص هذا إلى ١٢ المئة فى الدورة الخامسة .

ولقد عانى ثلثا المريضات تقريباً من اضطرابات الدورة فى أثناء فترة العشرين شهراً من الدراسة ، وبالنسبة لهذا المركب بالذات ، وبالنسبة للجرعة المستعملة ، فإن مشكلات الدورة لا تزال كعوق خطير ، مع أن فعالية منع الحمل بطريقة البروجسترون المستمر يبدو أنها استقرت تماماً . وفى نفس الوقت فإن ستة بروجسترونات مخلقة أخرى قد وضعت قيد البحث الإكلينيكى فى جرع تعمد أن يناظر مفعولها مفعول الجرع المنخفضة ، وتدل التجربة الكافية مع اثنين من هذه المركبات على صحة النتائج . ومع واحد من هؤلاء أمكن الوصول إلى التأثير المضاد للإخصاب بجرعات بالفم لا يمكن تصديقها لفرط صغرها حيث تصل إلى ٢٠ مجم يومياً .

ولو أن الآلية التى من خلالها يتيح الاستعمال المستمر لهـــذه العوامل البروجسترونية خلق حالة من عدم الإخصاب من غير وقف للغدة النخامية عن العمل ، ولا منع للتبويض ، لا تزال غير متأكد منها . فإنه يمكن تضييق مدى الاحتمالات كثيراً ويكون العلاج عن غير طريق وقف التبويض يوحى بأن طريقة العمل قد تكون بالتأثير فى انتقال الحيوان أو البيضة ، أو على عملية الإخصاب نفسها ، أو عملية انتقال اللاقحة ، أو إعداد الغشـــاء المبطن للرحم لعملية

الانفراس . والأدلة الهستولوجية من العينات المأخوذة من الأجساد الحية والمفحوصة مجهرياً توحى بأن التغييرات فى النسيج المبطن للرحم ليست مسئولة عن الفعل المضاد للإخصاب . ويمكن أن يتأثر انتقال الحيوانات المنوية عند مرور الحيوان المنوى فى مخاط عنق الرحم ، أو عند مستوى أعلى من ذلك فى المسالك الأنثوية .

ولو أن التقارير المبدئية تميل إلى تأكيد التغييرات فى مخاط عنق الرحم الذى قد يشكل حاجزا عدائيا أمام الحيوان المنوى ، فإنه على ما يظهر الآن أن هذه التغييرات لا ترتبط بالضرورة بالفعل المضاد للإخصاب، وستقوم الحاجة إلى بحوث أكثر من ذلك لدعم تأثير الجرعات الصغيرة جدا من البروجستينات على مثل هذه العوامل الأساسية مثل الانتقال فى الأنابيب وسرعات الجاميطات والإخصاب نفسه ، وكما تبين من قبل فإن البروجستينات فى منع تمكين الحيوان المنوى فى الثدييات الأخرى ، يمكن أن يوضح جيدا آلية التأثير المضاد للإخصاب عند الاستعمال الإكلينيكى .

واكتشاف هذا الفعل المضاد للإخصاب المبنى على عدم انقطاع الاستعمال يفتح لأول مرة باب فرصة الجرعة الواحدة ، والمدى الطويل ، والتحكم فى الانعكاس فى الإخصاب بالوسائل الهرمونية بطريقة تسمح باستمرار وظيفة المبيض والدورة الطمثية ، وهناك تطبيق ممكن توحى به النتائج الحديثة التى أظهرت أن الهرمونات الاستيرويدية يمكن أن تنطلق بسرعة ثابتة وبطيئة من الكبسولات المصنوعة من بوليمرات السليكون ، وإحدى هذه المواد هى ثنائى ميثيل عديد السلكوكزان الذى استعمل على نطاق واسع بالفعل فى الجراحة ، ووجد أنه لا يتفاعل عندما يزرع تحت الجلد فى الآدميين .

وقد غرست كبسولات تحت الجلد تحتوى على البروجستينات المخلقة وخلات الجستيرول فى إناث الفئران أو الأرانب ، وظهر الدليل البيولوجى على بطء وثبات انطلاق هذه الهرمونات ، حتى إن كبسولة صغيرة يمكن

إيلاجها تحت الجلد من خلال إبرة محقن يمكن ملؤها بمئونة كافية من البروجستين لتستمر لأكثر من ثلاث سنوات ، والكبسولات التى يمكن أن تمدنا بإطلاق مستمر ثابت ذى جرعة منخفضة من البروجستينات لمدة خمس أو عشر أو خمس عشرة سنة أو أكثر هى شىء يقع بحق داخل نطاق الحدود العملية ، وكذلك فإن المنغرسات المانعة للحمل من هذا النوع يمكن نزعها عند الطلب ، كما أنه ليس هناك سبب للاعتقاد أن الإخصاب فيها بعد سيصيبها العطل ، وهذا النوع من منع الحمل عن طريق البروجسترون ذى الجرعة المنخفضة قد يكون واحدا من التطورات القادمة فى طرق منع الحمل .

العوامل المضادة للبروجسترون :

إن البيئة الرحمية ليست لازمة لحياة أو انغراس أو تطـــور البيضة المخصبة ، ففى بعض الأجناس يمكن للبيضة أن تلقح وتزرع فى أنبوبة الاختبار كما أن الحمل خارج الرحم فى الإنسان لا يعتمد إطلاقا على البيئة الرحمية .

ومع ذلك ثبت (فى كل الأجناس التى درست) أن حملا ناجحا داخل الرحم يحتاج إلى إعداد بروجسترونى وصيانة للغشاء المبطن للرحم ، ومن المحتمل أن نفس الوضع شائع فى إناث الإنسان ، ولكن من المعترف به أن ذلك صعب الإثبات كمعنى مطلق .

وعلى هذا الفرض درس كثير من البحاث المعطلات الاستيرويدية للانغراس بفحص مختلف المركبات بحثا عن مفعولها المضاد للبروجسترون ، وفى معمل واحد فقط اختبر حوالى ٣٠٠ مركب استيرويدى لقياس قدرتها على تعطيل البروجسترون . ومن هذه المركبات ظهر فى التجارب اللاحقة أن قليلا منها له مفعول مانع للانغراس (فى الفئران والجرذان) ، وعلى الأقل فإن مركبا واحدا ذا رقم قياسى ممتاز فى المعايرة البيولوجية قد نقل إلى المحــاولات الإكلينيكية بعد أن قام الدليل على مفعوله المضاد للبروجسترون .

وستقوم الاحتياجات إلى محاولات عديدة فى الرئيسيات تحت الإنسان قبل التجارب الفعلية على طاقات الفعل المضاد للإخصاب لهذه المركبات وأشباهها .

وبالإضافة إلى ذلك فإن معامل كثيرة قد أصدرت تقارير عن الفعل المضاد للبروجسترون لعدد من المركبات المخلقة التى يتقارب بعضها إلى بعض كثيرا من حيث التركيب الكيميائى ، هذه المركبات هى الهيدروكربونات الثنائية أو الثلاثية الفنيل أو التى كانت متيسرة منذ عدد من السنين ، واستعمل العديد منها إكلينيكيا كهرمونات تأنيث مخلقة .

وواحد منها له فعل ممتاز ومضاد للاخصاب فى فئران المعمل أثبت أنه فعال بشكل ملحوظ لإحداث التبويض فى حالات العقم الإنسانى . وكان الآخر فى الحقيقة يعتبر كعامل مضاد للإخصاب فى النساء بلا نجاح . ولا تزال هناك مركبات أخرى رغم النتائج المعملية المشوقة لم يجر تقييمها بالنسبة للانسان . وبالنسبة لهذه المركبات فإن الحاجة قائمة إلى محاولات لتجريبها على الرئيسيات تحت الإنسان .

تعطيل وظائف الجسم الأصفر :

هناك أسلوب آخر لمعادلة البروجسترون اللازم لعملية الانغراس ألا وهو التداخل مع وظيفة الجسم الأصفر بالعوامل الأقرباذينية .

ولقد ثبت أن هناك سلسلة من معطلات الانزيم المؤكسد للأمينات ذات التكوين المماثل لفنيل الهيدرازين التى حينما درست فى الفئران وجد لها تأثير مباشر أو تأثير غير مباشر ، هو تعطيل قدرة الغدة النخامية على إفراز الهرمون المنبه للجسم الأصفر .

وإعطاء هذه المركبات بالفم للفئران يسبب الإجهاض فى النصف الأول

من الحمل ، ذلك الوقت الذى يحتاج فيه الجسم الأصفر إلى الهرمون المنبه .

وتشير التقارير الاكلينيكية أن هذا النوع من المركبات عندما يعطى للنسوة العاقرات فإنه يسبب تحسنا فى النشاط الجنسى واستعادة للاخصاب الطبيعى .

ورغم التعارض الظاهر فى هذه التقارير المتضاربة فإنه يبدو أن هذه الانواع من المركبات ذات أهمية عظيمة . وإن كان دور الإنزيمات المؤكسدة للامينات ومعطلاتها فى عملية التناسل لم يبحث بحثا كافيا . ولكن هذا قد يكون من أساليب الفهم الاقرباذينية المهمة لدراسة تنظيم الإخصاب .

وهناك مفعول مماثل مضاد لوظائف الجسم الأصفر بواسطة تعطيل إفراز الهرمون المنبه له ، يعتقد أنه سبب المفعول المضاد للإخصاب لمادة الارجوكورنين . وهو مضاد للهستامين من سلسلة الارجوت ،وهو يمنع هذا المركب الانغراس فى : الفأر والجرذ ، عندما يعطى لفترة محدودة فى أثناء انتقال البيضة المخصبة فى أنابيب فالوب .

والحقيقة القائلة إن تعاطى البروجسترون يقلب مفعول العقار توحى أن الآلية الأساسية لعمل العقار هى تعطيل إطلاق البروجسترون من الجسم . ولقد مرت سنوات عديدة منذ وصف الفعل البيولوجى الشائق لهذا المركب قبل أن تظهر المحاولات الإكلينيكية غير المنشورة تسمما واضحاً بالجرع اللازمة الفاعلية .

وبالتالى فإن التقدم فى المستقبل لهذا المركب بالنسبة لمنع الحمل غير محتمل إطلاقا .

ولا شك أن خيبة الأمل الحالية بغض النظر عن الفعل المضاد للاخصاب عن طرق مضادة لوظائف الجسم الأصفر هى أحد المظاهر الخداعة فى أفق

البحث العلمي . ومن الناحية النظرية فإن مستحضراً فعالا عن طريق الفم بهذه الطريقة ، يمكن أن تتعاطاه المرأة شهريا ، أو في وقت الحيض المتوقع ، أو في وقت الدورة التي يشك في أنها قد تكون أخصبت بسبب تأخر الحيض . والدليل المتزايد على وجود أنواع كثيرة من المواد الكيماوية المضادة لوظائف الجسم الأصفر التي ينتجها الرحم ، وتنتقل بالانتشار خلال الأنسجة والإمداد الدموي المشترك مع المبيض ، سيؤدي إلى بذل مجهودات أكبر في هذا الطريق .

وقد ثبت أن التنقية الجزئية للعوامل المضادة لوظائف الجسم الأصفر في رحم الأغنام قد أظهرت أن تلك المادة هي عديد الببتيد ، كما أنها ذات ثبات مناسب للتنقية والدراسة بشكل أتم .

وقف إنتاج الحيوانات المنوية

إن الخصية كالمبيض تعتمد على الإثارة بواسطة الهرمون المنبه للغدد التناسلية لكي تقوم بوظائفها الطبيعية ، ألا وهي إنتاج هرمونات الجنس ، وكذا الحيوانات المنوية .

وكالمبيض تماما يمكن تعطيل الخصية بطريقة ثانوية ، وذلك بأسلوب يوقف إنتاج منشطات الغدد الجنسية .

وموانع الحمل الفمية التي تستعملها النساء يمكن أن تكون عاملا فعالا لوقف إنتاج الحيوانات المنوية ، ولكن الجرع المطلوبة لذلك لها أثر سيء في منع إفراز هرمونات الجنس من الخصية ، مما يترتب عليه نقص في الشهوة والقدرة الجنسية عند الرجل .

ولكن استرات الاندروجين المتيسرة الطويلة المفعول التي يمكن أن تسبب تعطيلا طويل المدى لإنتاج الحيوانات المنوية ، بينما تحفظ الشهوة والحالة العامة جيدة . وحاليا يبدو هذا الأسلوب مشجعا أكثر من البحث عن مركبات تؤثر مباشرة في الخصية .

وهناك مركبات كيمياوية أخرى فعالة عن طريق الفم توقف إنتاج الحيوانات المنوية من غير تعطيل وظيفة إفراز هرمونات الخصية .

ولقد وجد أن رتبا كثيرة من المواد الكيمياوية لهذا المفعول ، ولكن ظهر أن لكل منها أغراضا جانبية جعلتها غير مناسبة بالنسبة لأغراض منع الحمل . وإحدى مجموعات هذه المركبات هى النتروفيورانات ، والتى كانت تستعمل على نطاق واسع كمعطل لنمو البكتريا . وهذه الأخيرة فعالة فى وقف إنتاج الحيوانات المنوية فى الإنسان ، ولكن الجرع المطلوبة تسبب الغثيان والصـــداع .

وفى سنة ١٩٦٠ كان هناك أمل كبير فى مجموعة أخرى من المركبات كانت أصلا ذات أهمية فى علاج الأميبا فى الأمعاء ، وقد جربت هذه العقاقير على متطوعين من بين السجناء والذين أمكن تبين تعطل إنتاج الحيوانات المنوية عندهم تعطلا تاماً ، وعندما أوقف العقار رجع النشاط المنوى إلى طبيعته .

ومع هذه الآمال العراض كان يتوقع للمحاولات أن تتضمن رجالا تحت ظروف اجتماعية أقرب إلى الظروف العامة .

وكانت الملاحظة الأولى غير المتوقعة أن هذا المركب يزيد من تأثير الكحول على الجهاز الدورى ، كما أنه مع استمرار متابعة المتطوعين من السجناء ثبت وجود زيادة فى حدوث التهاب الكبد من الاستعمال ، ولهذا توقفت البحوث ولم تجر أكثر من ذلك .

وكان هناك مركب آخر مبشر بالخير هو ثنائى نترو البيرول ، وقد عطل إنتاج الحيوانات المنوية فى الفأر لمدة أربعة أسابيع بعد جرعة واحدة عن طريق الفم ، ويمكن الإبقاء على هذه الحالة من العقم إلى ما لا نهاية بواسطة إعطاء جرع كل أربعة أسابيع ، وقد عاد إنتاج الحيوانات المنوية كاملا عندما أوقف العلاج فى النهاية ، ولكن دراسات الأثر السمى بعد ذلك نتج عنها

وقف البحوث على المركب ، ومن الممكن لمركب مشابه أن يكتشف ويكون له الأثر المضاد لإنتاج الحيوانات المنوية ، فى حين يخلو من السمية .

أما مولدات الأجسام المضادة المتخذة من الخصية ، والتى يمكن أن تستعمل للتطعيم النوعى لمنع تكون الحيوانات المنوية فقد أمكن عزلها . وفى الحقيقة فإنه حتى مستخلصات الخصية غير المنتقاة يمكن أن تسبب وقف إنتاج الحيوانات المنوية فى خنزير غينيا وفى الفأر ، ولقد أجريت محاولات لتطعيم ذكور الإنسان بمستخلصات الخصية التى نقيت لدرجة تسمح لأن يكون تأثيرها معطل لإنتاج الحيوانات المنوية ، ولكن النتائج كانت غير مشجعة . والتطعيم بمستخلصات الأنسجة بهدف إحداث العقم سواء فى الرجال أو فى النساء ، يبدو كما لو كان شيئا من الحدس البعيد ، لأنه من بين المشكلات التى تعطل التقدم فى هـــذا الميدان تفاعل الأنسجة المتبادل ، ونوعية الأجسام المولدة للأجسام المضادة ، واسترجاع التفاعل المناعى استرجاعا متحكما فيه وتطوير مساعد مناسب .

خاتمة :

وأخيرا فإن سرد الأوجه البيولوجية لتنظيم الإخصاب لايمكن أن يكون تاما من غير ذكر شيء عن الكفاح العظيم الذى يبذل فى سبيل فهمنا لأساسيات علم الحياة والكيميا الحيوية الخاصة بالتناسل .

وعلماء الغدد الصماء يدرسون الآن الأسس الجزئية لفعل الهرمونات لدرجة أنهم يظنون أن هناك تفاعلا بين الهرمونات والجينات ،

ويقوم علماء الكيمياء الحيوية بالكشف عن مفهومات جديدة فى عملية تكوين الاسترويدات . ربما يكون من المبكر جدا أن نظن أن هذه الأفكار الجديدة فى علم الحياة سوف تحفز إلى اتجاهات جديدة فى البحث التطبيقى الوظيفى ، ومع هذا فإن مفهومات جديدة فى علم الغدد الصماء يبدو أنها قد

أضيفت إلى قائمة الأحداث القابلة للتعطيل المتحكم فيه . والتعرف ، والتنقية الجزئية ، لإستروجون تعمل كمستقبل لهرمونات التأنيث من أنسجة الرحم سيكون جزءا من ذلك الكفاح لفهم آلية فعل هرمون التأنيث ، وفى نفس الوقت فإن هذا البروتين عندما يعزل سيمدنا بمولد الأجسام المضادة المراوغ . الذى سيكون له نوعية عظيمة لتعطيل التناسل مناعيا ، تلك النوعية التى تنقص الأجسام المولدة للأجسام المضادة التى تجرى محاولات تجربتها الآن .

وإنه ليبدو محتملا أنه فى مجال الميدان العام لعلم الغدد الصماء يمكن أن تكون المادتان الكيماويتان القادمتان المتوقع فصلها وتنقيتها تقعان فى نطاق علم الغدد الصماء التناسلى وهى العوامل المطلقة لمنشطات الغدد التناسلية والعوامل الرحمية المضادة لوظيفة الجسم الأصفر . وإن تيسيرهما سيحفز العلماء بلا شك إلى البحث فى استخدامها أو نظائرها للتعطيل المتحكم فيه فى العملية التناسلية .

أما فى نطاق الكيميا الحيوية فإن ظهور مركبات ذات أهمية فى الكيميا الحيوية للدهون كان واحداً من أكثر التطورات مراوغة ، وهى المركبات التى تعطل تخليق الكولسترول ، وذلك بسبب أثرها فى خطوات التخليق الحيوى لهذا الاسترويد ، وإمكان استعمال هذه المركبات أو أشباهها لتعطيل إنتاج البروجسترون على سبيل المثال أو بطريقة أخرى لمعالجة حدث أساسى فى التناسل قد يبدأ فى الظهور .

هذا قليل من كثير من الأمثلة المستقاة من ميدان العلوم البيولوجية السريع المتطور ، وإنها لبعض الطرق المستقبلة . ولكنا لا نشك أنه سيكون هناك طرق أخرى .

١٩

صناعة وتسويق منتجات التحكم فى النسل

هارى ليفين

هناك طريقة بسيطة جداً لإخبار أى شخص عن النشاط التجارى فى مسألة السكان ، وفعل برامج تنظيم الأسرة فى أنحاء العالم ، وتلك هى أن نقول بادىء ذى بدء ، إن وصفاً جيداً لهذا النشاط التجارى يمكن أن يكون هو « السوق السوداء » ، حيث إن كثيراً من الحقائق غير معروف عن هذا الموضوع ، والشىء التالى الذى يمكن أن يقال ، هو أن أغلب ألوان النشاط التجارية فى هذا المجال ، تعمل منفردة خارج نطاق البرامج المشرف عليها رسمياً. ومع ذلك فإنه من المرجح أن يكون مهماً أن نقول إن إغراء ما يسمى بالسوق السوداء غالباً جداً ما يكون مقدمة تمهيدية لاستعمال أكثر انتشاراً لمنتجات تنظيم الأسرة ، وممارسة منع الحمل .

ودعنا نبدأ بتعريف النشاط التجارى للسوق السوداء ، حتى يمكن فهم ذلك الاصطلاح . فإذا قبلنا فكرة أن المنتجات والممارسة الحديثة بالنسبة لمنع الحمل ، هى بدعة فى أغلب البلدان والمجتمعات ، فإن ما نتكلم عنه ونصفه بأنه النشاط التجارى هو تسويق بدعة لكى تحقق ربحا . ومع هذا فإن هذه الممارسة وتلك المنتجات ليست جديدة ، وحتى وقت قريب جدا فقط كانت هناك بلدان قليلة جداً ، يجرى فيها الإنتاج والإعلان عن صنع وتسويق منتجات منع الحمل وممارسة بيعها بطريقة حرة فى الأسواق العامة .

وفى هذه البلدان من العالم ، كان الغشاء وجلاتينات المهبل والقراب (الكبوت) (وذلك على سبيل ذكر أكثر الطرق التقليدية شيوعا) كانت تباع :

إما تحت الإشراف الطبي فقط ، وإما كانت تمنح للعامة بشكل محدود بدلا من عرضها بشكل ظاهر ، وفي كثير من البلدان كانت هناك قوانين تمنع البيع غير المقيد إلى جمهور العامة ، وحتى في غياب مثل تلك القوانين ، فإن طبيعة هذه المنتجات كانت تعتبر شخصية جداً ، وحساسة جداً ، وخصوصية جداً ، بحيث لا تسمح بعرضها للعامة بالطرق التجارية العادية مثل الإعلان وزيادة المبيعات والعرض العام .

وهناك دليل على قوة حاجة الجمهور إلى هذه المنتجات وتلك الممارسة ، وربما كان أحسن ما يشهد بتلك الحقيقة أن الإعلان عن تلك المنتجات كان الكلام عنها لا غير . ومع ذلك فقد حدث نشاط تجارى كبير في هذه السنوات . فإن منتجات وخدمات تقدر بملايين الدولارات ، قدمت إلى الجمهور بالرغم من قوانين البلاد ، وبالرغم من العوامل التى تحد من الحصول عليها عن طريق الأطباء والصيدليات . إن ما حدث أساسا هو السوق الممنوعة التى نسميها بالسوق السوداء .

وقد يكون من الشائق حقا أن نقدم منظراً مجسداً للموضوع ، بوصف تاريخ ظاهرة التسويق هذه . وأحسن طريقة لذلك هو أن نقسم تاريخ هذا الموضوع إلى ثلاث فترات : الأولى : هى فترة ما قبل التاريخ التى تشمل الزمن حتى نهاية الحرب العالمية الثانية سنة ١٩٤٥ ، والثانيـة هى المرحلة ما قبل الحديثة من سنة ١٩٤٥ حتى سنة ١٩٦٠ ، والثالثة هى المرحلة الحديثة والتى تبدأ من سنة ١٩٦٠ .

وطوال مرحلتى ما قبل التاريخ وما قبل الحديثة (حتى سنة ١٩٦٠) كان النشاط التجارى يتميز بتخطيط تسويقى غريب اتزن فيه إنتاج وبيع واستعمال القراب بالتساوى مع كل وسائل منع الحمل التقليدية الأخرى مثل الأغشية والجلاتينات ، والكريمات ، والأقراص المهبلية ، واللبوس ، ولقد بينت التقارير أن هذه الظاهرة حدثت بحق فى أي مكان من العالم تقريبا حيثما كانت

هذه المنتجات متيسرة للاستعمال بغرض منع الحمـــل .

ومن هذه الظاهرة تنتج عقابيل عديدة .

فالقراب من المنتجات التى يستعملها الرجل ، ولكن ذلك بالطبع لا يعنى أن الرجال كانت دوافعهم أشد من النساء ، ولـكنه كان من المسموح لديهم بشكل أكثر أن يتصرفوا بتلك الطريقة الخاصة . وكذلك فإن القراب كان يستعمل كوسيلة وقاية من الأمراض السرية فى وقت كانت فيه هذه المشكلة قد اتخذت شكلا شائعاً جداً . ولكن هذا لا يعنى أن القراب كان غرضه الأول من الاستعمال هو ذلك الغرض ، وليس التحكم فى الإنجاب ، ، وربما تـكون أكثر هذه النتائج دلالة هو ما يتصل بالتسويق والربح .

فالقراب كان ولا يزال يستعمل مرة واحدة ، وهو بسيط الاستعمال نسبياً ويلقى به بعيداً بعد ذلك .

ولقد كان ربح الصانع وتاجر الجملة وبائع التجزئة « القطاعى » وفى الحقيقة فى كل خطوة فى نظام التوزيع ، كان هذا الربح أكثر منه بالنسبة للسلع والخردوات المماثلة ، أو العناصر الجديدة ، مثل مواسى الحلاقة ، أو كريم الحلاقة والصابون ،أو أربطة الأحذية . ولم تكن أكثر الأماكن أهمية لتوزيع القراب هى الأماكن الطبية والصيدليات فى العالم (كما هو الشأن بالنسبة : للأغشية ، والجيلاتينات ، والـكريمات ، والدبوس ، والأقراص المهبلية) . ولـكنه بالإضافة إلى ذلك وأهم منه أن القراب كان يوزع ولايزال على نطاق واسع فى متاجر الخردوات ، ومتاجر الحلى ، والآلات التى تقوم بقبض الثمن وإبراز السلعة من تلقاء نفسها ، وبائعى الأرصفة ، وآخرين كثيرين . وهكذا فإن العائد الـكبير جداً الناتج عن بيع القراب يبدو حافزا لـكثير من الناس لزيادة مبيعاتهم .

وهناك ظاهرة أخرى ساعدت على توسيع نطاق استعمال القراب ، تلك

هى سعة انتشار النشاط التعليمى الذى نشرته القوات المسلحة للولايات المتحدة فى أثناء الحرب العالمية الثانية ، وهذه المجهودات التعليمية تضمنت شرحاً لاستعمال القراب كحماية فعالة ضد المرض . وكانت الأقربة تصرف مجانا للقوات المحاربة للوقاية من الأمراض السرية ، وهذا الإمداد المجانى أنشأ طلبا من المصانع لامثيل له من قبل لهذه المنتجات . وبالإضافة إلى ذلك فإنه علم كثيرا من الرجال استعمال هذه السلعة أصلا للوقاية من الأمراض السرية ، ولكنها فعالة جداً فى منع الحمل أيضا .

وفى الولايات المتحدة كانت طاقة إنتاج القراب قد تضاعفت فى أثناء الفترة من ١٩٢٩ إلى ١٩٤٦ . وفى أثناء سنة ١٩٤٥ قدر أن مليونا ونصف مليون من الأقربة قد بيعت فى الولايات المتحدة ، كما بيع نصف مليون فى المملكة المتحدة ، أو حوالى اثنى عشر قرابا لكل زوج ممن يتراوح أعمارهم بين عشرين وأربعة وأربعين عاماً .

أما بقية موانع الحمل التى كانت متيسرة فى هاتين الفترتين ، فقد كانت لاستعمال جمهرة النساء والصيدليات ، وكان من الممكن عن طريق غشاء ثبت بإحكام أن يمنع الحمل لعدة سنين . أما الكريمات والجيلاتينات واللبوسات والأقراص المهبلية ، فقد كانت مقبولة من النساء ذوات الدوافع الشديدة ، ولكنها كانت تعتبر عادة نوعا من التلوث فضلا عن أنها غير مرضية عند الاستعمال ، لأنها تحتاج إلى شىء من المعالجة البارعة بواسطة المستعملة ، وكانت بعض المنتجات تسبب تهيجا موضعيا .

والنتيجة الحقيقية لعدم الاتزان بين مبيعات موانع الحمل ، لها علاقة بالحقيقة القائلة ، إنه مع أن صورة الربح لما يباع للنساء من موانع الحمل كان كبيرا بدرجة تماثل ما يباع من القراب ، فإن أخلاقيات مهنة الطب والصيدلة لم تسمح باستعمال نفس خطط البيع التى يستعملها بائعو الأرصفة والباعة الآخرون ممن يبيعون القراب .

ومن المستحيل تعيين المبيعات الكلية لموانع الحمل سنة ١٩٤٥ بدقة ، ولكن هناك مصادر عديدة تقدرها بحوالى ٢٠ مليونا من الدولارات فى الولايات المتحدة . وفى هذا الوقت لم يكن هناك إنتاج أو مبيعات تذكر فى أوربا الغربية ، أو الشرقية، أو آسيا أو أمريكا الجنوبية ، أو الشرق الأوسط. وكانت القوات المسلحة توزع مجانا ثلثى ماينتج من القراب فى الولايات المتحدة. وكانت الولايات المتحدة وبريطانيا هما المنتجتين الأساسيتين لهذه المنتجات ، وكان الإنتاج فى مرحلة البداية فى اليابان .

ومن سنة ١٩٤٥ إلى سنة ١٩٦٠ ظهرت إمكانيات صناعية فى كل أجزاء العالم ،وأرسلت شحنات من هذه المنتجات إلى كل دولة فى العالم تقريباً . وبدأت صناعة بيع القراب فى الصيدليات فى كل قارة — وبدأت اليابان ، وروسيا ، وألمانيا ، وتشيكوسلوفاكيا ، والمجر ، وفرنسا ، وسويسرا ، وإيطاليا ، وجنوب أفريقيا ، والمكسيك ، والأرجنتين ، وأوروجواى ، وبلاد أخرى كثيرة إنتاج القراب . وبدأ التسويق الضخم من ذلك اليوم وأخذت مبيعات كل المنتجات فى الارتفاع بشكل ثابت .

وعند سنة ١٩٦٠ قدرت مبيعات القراب سنويا فى الولايات المتحدة بحوالى ١٥٠ مليون دولار ، ولقد كان من المتفق عليه أن مبيعات القراب تساوى تقريبا المبيعات الكلية للمنتجات الأخرى . وعامة فإن المبيعات السنوية فى الولايات المتحدة لكل المنتجات كانت مساوية تقريبا لتلك المبيعات فى بقية العالم . وفى سنة ١٩٦٠ كانت المنتجات التى بيعت خارج الولايات المتحدة ليست على نفس المستوى من حيث الثمن ، مما يغير فى تلك الحسابات . ولكن تقديرا « جيدا » لتلك السنة بالنسبة لمبيعات العالم الكلية من منتجات منع الحمل يمكن أن تكون ٣٠٠ مليون دولار ، ويجب أن نتذكر أن هذه المنتجات كانت متيسرة غالبا فيما يسمى بالسوق السوداء ، فكانت تتداول بحرية بغير عرض فى الأسواق ، ولأن هذه الخدمة مجانية فى البلدان الاشتراكية ، فإنه

من المستحيل أن تراجع تقديرها بالدولارات . وفى اليابان ، حيث يشكل الإجهاض دخلا ذا قيمة بالنسبة للممارسة الطبية ،فإن هذه الطريقة انتشرت على نطاق واسع . وبالإضافة إلى القراب فقد كان نجاحها ظاهرا فى التحكم فى معدل الإنجاب . وفى سنة ١٩٤٨ وسنة ١٩٦٠ أجرى ما يربو على ١٤٫٥ مليون إجهاض فى اليابان بربح يقارب ٢٧٫٥ مليون دولار .

ولقد اعتبرت بداية المرحلة الحديثة اعتباطا عند سنة ١٩٦٠ ، لأنه من المناسب بدء هذه المرحلة عند بدء استعمال موانع الحمل عن طريق الفم واللوالب .

وإنه لوقت مناسب الآن أن يكون هناك تغيير فى الأوضاع والقوانين تجاه منتجات وممارسة منع الحمل .

وعندما ظهرت موانع الحمل عن طريق الفم على المسرح ، فى أوائل الستينيات ، نشأ وضع جديد تماما ، فقد دخل الميدان منتجون جدد ومنتجون تقليديون . ولأول مرة كانت تحديات التسويق تمثل تكاليف إنتاج أساسية فى طاقات الربح ، ولأول مرة كان هناك واحد من المنتجات ثبت أنه فعال ١٠٠٪ عندما يتعاطى بالطرق السليمة المنصوح بها .

وكانت هناك بعض الأعراض الجانبية ، ولكن العقار يمكن تعاطيه أو وقفه عند الإرادة ، وكان نظام الاستعمال سهلا ، والأكثر أهمية من ذلك أن طاقات البيع كانت يمكن أن يطلق عليها « حلم مدير التسويق » . وأول مرة كان الأصحاء من الناس يتعاطون عقاراً باستمرار ، يوما بعد يوم ، وشهرا بعد شهر ، وسنة بعد سنة . ولأن النظام كان يعتمد على الدورة الطمثية ، فقد كان إمداد سنة من الحبوب هو لثلاثة عشر شهراً ، وليس اثنى عشر شهرا .

وعلى الرغم من المشكلات التى وجدت من قبل ، بالنسبة لمبيعات القطاعى والإعلان ، وزيادة المبيعات بالنسبة للأطباء والصيادلة والمستشفيات والمهن

المتصلة بها ؛ فقد شرع رجال تسويق الصيدليات فى العمل ، وكان الرقم القياسى للبيعات الذى نتج عن ذلك مثيراً للإعجاب .

فمن خط بداية يمثل صفرا من المستهلكين ،وصفراً من المبيعات ، فى بداية المرحلة الحديثة ، فإنه فى يناير ١٩٦٩ كان هناك مايربو على ثمانية ملايين امرأة فى الولايات المتحدة فقط يستعملن موانع الحمل الفمية . وعلى نطاق عالمى كان التقدير هو ١٨ مليون امرأة ، وبالحساب البسيط فإن ضرب هذا الرقم فى ١٣ وهو عدد الدورات فى السنة ، يكون المجموع هو ٢٣٤ مليون دورة استعملت بها الموانع كل عام . فإن كان متوسط ثمن الوحدة بالقطاعى هو دولارا واحدا .وهذا الرقم متعمد فيه الإقلال عن الحقيقة ، فإن حجم مبيعات القطاعى هو ٢٣٤ مليون دولار سنويا . وإذا كانت صناعة الدواء يمكنها تحقيق مكسب متواضع هو ١٠٪ مليون لكل صندوق ،فإن الرقم ٢٣٤مليون دولار يعطينا بعض الفكرة عن المكسب . ولاندعى أن الرقم المذكور عاليه يعكس مباشرة صورة الربح الحقيقى ، أو صورة المبيعات الحقيقية ، ولكنها تعطى فكرة عن حجم طاقات المكسب ، وهو النوع من المكسب الذى يثير دوافع مدير تسويق محترف .

ووسائل الإعلام مليئة بالمحاورات حول موانع الحمل فى الصحف والمجلات والمذياع والتليفزيون . وفى كل مكان هناك مناقشة عن « الحبوب » وهذا الاهتمام الشديد له دلالته على استعداد الجمهور لشراء هذه المنتجات .

ولقد تغيرت قواعد التسويق بعض الشيء ، وفى أجزاء كثيرة من أمريكا اللاتينية ، والشرق الأدنى ، والشرق الأوسط ، والشرق الأقصى كانت ٩٠٪ من كل موانع الحمل الفمية المستهلكة حاليا يتم اختيارها دون وصف الطبيب .

وربما يكون من المفيد أن نأخذ فى الاعتبار تاريخ نمو استعمال موانع الحمل عن طريق الفم ، وكذلك اللوالب والقراب والطرق التقليدية الأخرى ،

ففى بداية ١٩٦٥ ظهر أن مجموع المستعملات لموانع الحمل الفمية هى ستة ملايين مستعملة ، وأن عدد الذين قبلوه قد زاد بسرعة كبيرة جداً لدرجة أنه فى بداية ١٩٦٩ كان العدد الكلى للمستعملات فى العالم يقدر بحوالى ١٨ مليونا .

والجدول رقم (١) يعطينا بعض الفكرة عن استهلاك موانع الحمل الفمية ، والتوزيع التقريبى للمستعملات . و١٤ مليون مستعملة فى المناطق النامية من العالم منهن ٨ر٣ مليونا فى الولايات المتحدة وحوالى مليون فى كندا والمملكة المتحدة ، وسبعمائة ألف فى استراليا ومجموعة الجزائر المحيطة بها . ومايربو على مليونين فى أوربا بما فى ذلك الاتحاد السوفيتى ، وفى المناطق الأقل تطورا ، كان هناك حوالى مليونين مستعملة فى أمريكا اللاتينية ، وحولى ٨٠٠ ألف فى الشرق الأقصى ، وحوالى ٧٥٠ ألفا فى الشرق الأدنى وإفريقية .

وهذه الأرقام تمثل زيادة مفاجئة، وتبين منحنى مبيعات مثير الدهشة حقا ، فقد زاد عدد المستعملات إلى أكثر من الضعف منذ ١٩٦٥ ، وفى سنتى ١٩٦٨ ، ١٩٦٩ زاد العدد ٥٠٪ عن العدد فى السنة التى سبقتهما .

ولقد ثبت أن أغلب النساء اللاتى كن يستعملن الأقراص كن يعشن فى البلدان الغنية فى العالم الغربى ، وكان نصفهن فى الولايات المتحدة ، وفى بداية ١٩٦٨ كان هناك ٢٢٪ يعشن فى البلدان الأقل تطورا ، ولكن فى أثناء سنة ١٩٦٦ إلى ١٩٦٨ كان استعمال موانع الحمل الفمية قد زاد إلى حوالى ٢٥٠٪ فى البلدان الأقل تقدما ، فى حين أنه فى البلدان المتقدمة زاد حوالى ٩٠٪ فقط .

ففى يوليو ١٩٦٧ كان عدد مستعملات موانع الحمل عن طريق الفم على وجه التقريب يتراوح من قمة هى حوالى ٣٤٪ من العدد التقديرى للنسوة المتزوجات فى سن الإنجاب فى استراليا ونيوزيلنده و ٢٧٪ فى كندا و ٢٤٪ فى الولايات المتحدة و ١٠٪ فى المملكة المتحدة و ٥٪ فى أمريكا اللاتينية ، إلى حوالى ٢ر٪ فقط فى آسيا وأفريقية ، وكان هذا الطراز من النمو كلاسيكيا جداً .

وحيث أساليب التسويق متطورة جداً ، وحيث يكون مديرو التسويق

أكثر مهارة تحدث أكثر المبيعات من المنتجات . والارتباط بين براعة التسويق وطاقات الربح وحجم المبيعات هو ارتباط مباشر بدرجة واضحة .

ودعنا نناقش مانع الحمل الآخر الذى ظهر حديثا ، ألا وهو اللولب ، فمع أن حوالى مليونين فقط من اللوالب قد بيعت عن طريق الوسائل التجارية (وأغلبها فى الولايات المتحدة والمملكة المتحدة واليابان) فإنها كانت تستعمل على نطاق واسع فى براغ بوساطة البرامج القومية لتنظيم الأسرة ، حيث تصرف مجانا أو تباع بثمن زهيد جداً . وبالإضافة إلى المليونين اللذين بيعا تجاريا ، فقد أشارت التقارير أن هناك سبعة ملايين غمد أولى للوالب قد أجريت من خلال برامج تنظيم الأسرة الحكومية ، فى الهند ، ومراكش ، وباكستان ، وكوريا الجنوبية ، والصين الوطنية ، وتايلاند ، وتونس ، وتركيا فى السنين الأخيرة .

وبالإضافة إلى ذلك ، فقد جاء فى التقارير أن مايقدر بحوالى ٣٫٥ ملايين من هذا العدد من المريضات لايزلن يستعملن اللوالب فى هذه البلدان (التوزيع النوعى مبين فى الجدول ١٩ — ٢) .

وإلى جانب هذه الطرق الحديثة لمنع الحمل ، فإن هناك ملايين من الأزواج يمارسون تنظيم الأسرة باستعمال منتجات منع الحمل التقليدية ، وأوسعها انتشاراً القراب الذى بقى إنتاجه فى العالم عند مستوى ثابت يتراوح بين ١٥ ، ١٦ مليوناً فى السنة من أواخر الخمسينيات حتى آخر سنة ١٩٦٧ ، وفى سنة ١٩٦٧ زادت اليابان فى نظام الإنتاج ، وكذلك ألمانيا . ومن المتوقع للهند أن تزيد الإنتاج بمصنع طاقته مليونان فى السنة فى أثناء سنة ١٩٦٨ . وكذلك فإن إنتاج الأشكال التقليدية من وسائل منع الحمل ، مثلا : الأغشية ، والأقراص المهبلية ، والكريمات ، والجيلاتينات ، واللبوسات ، والرذاذ الرغوى ، بقى ثابتا رغم الاستعمال الواسع للوالب وموانع الحمل الفمية .

جدول رقم (١٩ — ١)

عدد وتوزيع مستعملات وسائل منع الحمل عن طريق الفم

البلد	عدد المستعملات			
	يناير ١٩٦٥	يوليو ١٩٦٦	يوليو ١٩٦٧	يوليو ١٩٦٨
الولايات المتحدة	٤ر٠٠٠ر٠٠	٥ر٠٠٠ر٠٠٠	٦ر٥٠٠ر٠٠٠	٨ر٣٠٠ر٠٠٠
أمريكا اللاتينية	٥٠٠ر٠٠	١ر٦٠٠ر٠٠٠	١ر٩٣٤ر٠٠٠	٥ر١٨٤ر٢٠٠
استراليا ونيوزيلاندا	٣٨٠ر٠٠٠	٥٩٠ر٠٠٠	٦٧٠ر٠٠٠	٧٠٠ر٠٠٠
المملكة المتحدة	٢٧٥ر٠٠٠	٤١٥ر٠٠	٧٨٩ر٠٠	٩٥٥ر٠٠٠
أوربا (متضمنة الاتحاد السوفييتي)	٢٥٠ر٠٠٠	٦٩٠ر٠٠	١ر٢٠٠ر٠٠٠	٥ر٥٢٠ر٢٠٠
كندا	٢٥٠ر٠٠٠	٤٥٠ر٠٠	٧٥٠ر٠٠٠	١ر٢٩٩ر٠٠٠
الشرق الأقصى				
اليابان	٢٧ر٠٠٠	٦٥ر٠٠٠	٨٠ر٠٠٠	١٠٠ر٠٠٠
سنغافورة	٢٥ر٠٠	٦٠ر٠٠	٧٣ر٠٠	٩٨ر٠٠٠
هونج كونج	٢٠ر٠٠٠	٣٠ر٠٠٠	٥٣ر٠٠	٥٨ر٠٠٠
كوريا الجنوبية	٦ر٠٠٠	٣٢ر٠٠٠	٥٨ر٠٠٠	٩٥ر٠٠٠
بلاد أخرى	٣٤ر٠٠٠	٩٤ر٠٠٠	١١٠ر٠٠٠	٤٤٤ر٠٠٠
الشرق الأدنى وجمهورية مصر العربية	١٤٥ر٠٠٠	٢٧٣ر٠٠٠	٣٢٠ر٠٠٠	٤٢٥ر٨٠٠
أفريقيا	٥٠ر٠٠	١٠٠ر٠٠٠	١٢٢ر٠٠٠	٣٤٤ر٠٠٠

جدول رقم (١٩ — ٢٠)

عدد وتوزيع الاعتمادات المبدئية للوالب وتقدير العدد
الذى لا يزال فى مكانه

البلد	عدد الإعتمادات	العدد الذى لا يزال فى مكانه
كوريا الجنوبية	١ر٣٢٨ر٠٠٠	٦٨٤ر٠٠٠
الصين الوطنية	٥١١ر٠٠٠	٢٧١ر٠٠٠
الهند	٢ر٦٣٢ر٠٠٠	١ر٢٧٥ر٠٠٠
باكستان	٢ر٠٨٩ر٠٠٠	١ر١٢٠ر٠٠٠
تونس	٤٧٨ر٠٠٠	٢٨٨ر٠٠٠
تايلاند	١١٩ر٠٠٠	٧٧ر٠٠٠
المغرب	١٩ر٣٠٠٠	١٣ر٢٠٠
تركيا	١٣٧ر١٠٠	٩٠ر٠٠٠

وإنه لمن المستحيل تماما تقدير عدد الناس الذين يستعملون هذه الطرق ، بسبب التغيير فى كثرة الاستعمال ، وكذلك بسبب الصعوبة فى تحديد عدد ما ينتج ويباع أو يصدر أو يستعمل حقيقة ، ولكن التقديرات الناتجة عن أخذ العينات العشوائية تبين أنه فى الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وأوربا واليابان يستعمل هذه المنتجات حوالى ستة ملايين من الأزواج .

وعقابيل المستقبل واضحة . فإن عدد المستعملين الكلى من كل أنواع منتجات منع الحمل فى العالم يمثل نسبة صغيرة من الهدف الكلى ، ألا وهو سكان العالم .

وطاقات السوق العظيمة فى آسيا ، وأفريقيا ، والشرق الأدنى والأوسط

والأقصى وفى أمريكا اللاتينية تنتظر الدراسة لهذه المنتجات كما هو الشأن بالنسبة للمنتجات الجديدة التى لا تزال تحت التطوير .

أما القراب البلاستيك الجديد ، وهرمونات الحقن الطويلة المدى والحبوب ذات الجرع المنخفضة ، ومنتجات أخرى كثيرة تمثل طرقا مريحة للاستعمال ويعول عليها ونظما آمنة وتكاليف أقل والتى تحمل قائمة الأدوية فى الفترة الحديثة قريبة من قوتها الكاملة ، فإن هذا من توقعات المستقبل .

وبعد أن أثبت رجال التسويق لأنفسهم وللعالم أن منتجات منع الحمل يمكن أن تواجه اختبار السوق الكاملة ، فإننا عندئذ نتوقع أن السوق السوداء سوف تختفى سريعا ، حيث تكون طاقات الربح عظيمة والنشاط التجارى عظيما ويكون هذا علامة واضحة للمرحلة الحديثة .

٢٠

برامج تنظيم الأسرة : ماتكاليفها وكيف تعمل

س . م . كيني

إن تكاليف منع إنجاب الأطفال غير المرغوب فيهم فى العالم كله تبلغ بليونى دولار فى السنة ، وهو رقم مماثل تقريباً لما تنفقه الولايات المتحدة فى فيتنام خلال شهر واحد . فلماذا — ونحن فى عالم مليء بالعقول الإلكترونية وخبراء التنظيم — نقيم كل تلك العقبات عند القيام بهذا العمل بالذات .

وجزء من الإجابة أنه حتى المسئولون عن إعداد برامج تنظيم الأسرة هم ضحايا للفكرة القائلة إن هناك سراً وراء العملية ، وذلك معنى يستتى من الخبراء الذين يعرفون الكثير عن حجم المشكلة، ولكنهم يتكلمون كثيراً بحساب القرون ، ولكننا — ونحن فى عالم يزيد فيه السكان بمقدار سكان مدينة نيويورك كل شهر — ليس فى وسعنا أن نضيع حتى سنة واحدة دون تنفيذ برامج تنظيم الأسرة .

والنساء الشجاعات اللاتى بدأن تنظيم الأسرة منذ جيل مضى قطعن حبل الكلام وبدأن العمل . ولقد بدأن ، غالباً ،على حسابهن الخاص إنشاء مراكز حيث ينصحن و يخدمن ويقدمن المعلومات إلى النسوة اللاتى يعتبرن فى حاجة ماسة إلى العون .

وبمعنى آخر لا يختلف هذا عما نفعله الآن ؛ فالعناصر الأساسية فى الميدان هى امرأة تريد العون ، وطبيب يمكن أن يقدمه ، وعامل فى الميدان (هو فى الغالب المرأة) يمكن أن يوفق بين الاثنين . وهذا صحيح إذا كانت الطرق

المستعملة هى القوالب ، أو الحبوب ، أو التعقيم . ولكنه إذا كانت الأقربة هى المستعملة فإنه لا حاجة حتى إلى طبيب .

وإقامة برنامج وطنى هو عمل بسيط أساساً ، فالمال ، والعاملون ، والإمدادات ، والتنظيم الواضح ، شىء لازم لذلك .

وكلما أمكن ذلك ، فإنه يجب أن يرتبط البرنامج برعاية الأمومة والطفولة فى نظام الصحة العامة ، ولكنه يجب ألا ينتظر إقامة هذه الخدمات إذا لم تكن موجودة .

وفى آسيا على سبيل المثال لا تكن المشكلة فى إقناع الحكومات أن تنظيم الأسرة لازم ، ولكنها تكمن فى مساعدتها على عمل ما هى فى حاجة ماسة إليه بنجاح .

ولكل من الهند وباكستان وإندونيسيا وكوريا سياسات قومية ، وفى كل منها إلا إندونيسيا حكومات يتوافر لديها المال إلا حينما تطلب الإمدادات من الخارج ، وتحتاج إلى عملة أجنبية .

وإذا كان المال مشكلة ولاشك ، فإن المقدار المطلوب منه يجب أن يوضع فى التخطيط الاقتصادى على المدى الطويل للدولة (عادة ٥ سنوات) .

والمعارضون الذين يقولون إنه ليس فى وسعنا الإنفاق على بند جديد فى الميزانية كهذا ، سيعرفون الصواب إذا ما سئلوا كم يكون تكاليف إنشاء مبنى مدرسة جديدة ، وتعيين مدرسيها ، إذا لم تتخذ الإجراءات من الآن ، وإذا لم يمكن تنظيم الأسرة إلا فتاتاً من التمويل ، وفى آسيا فإن الفتات غالباً ما تكون بسيطة .

وخطوات تنظيم قليلة نسبياً .

(١) الحصول على تفويض بالبرنامج .

(٢) تقدير النفقات والحصول على المال .

(٣) تحديد أهـــداف مؤقتة .

(٤) استعارة وتدريب العاملين .

(٥) استحضار الإمدادات والمعدات .

(٦) إقامة أصغر تنظيم لازم للقيام بالعمل .

(٧) البدء بسرعة حينما يكون العاملون مستعدين فى أى مكان .

والمنظمون بادىء ذى بدء يجب أن يكونوا من المهتمين بالحصول على نتائج ملموسة على شكل قابلين جدد لتنظيم الأسرة . وسيكون فى وسعهم ذلك على وجه أكمل إذا أمكنهم الحصول على التأييد مقدما من المسئولين ذوى الأهمية ، فموافقة وزير الصحة شىء أساسى بالطبع ، ولكنه يكون فعالا جداً أن تكون هناك موافقة قوية من رئيس الوزراء ، أو رئيس الجمهورية .

ويلى ذلك فى الأهمية أن يكون مشهورو الأطباء — وخاصة أخصائى الولادة — مزودين بكل المعلومات عن البرنامج ، ويدعمون الطريقة المقترحة لتنفيذه(إذا كانت هذه من الطرق الجديدة مثل اللولب والحبوب فى آسيا ، فقد يستغرق هذا سنة أو سنتين للاختبار ، ويجب أن يحاول كل بلد الطريقة التى تلائمه) .

إن مساعدة الزعماء الدينيين شىء يجب الاهتمام به والسعى إليه ، وهذا سهل نسبيا فى البلدان البوذية والهندوكية ، وحتى البلدان الإسلامية نفسها . أما فى البلدان الكاثوليكية فإنه يحسن الإغضاء فى بعض الأحيان ، وفى بعض الأحيان يكون هناك اتفاق تكتيكى مع المسئولين بالكنيسة

على الا تعارض تنظيم الأسرة بين الفقراء الذين تتضح حاجتهم الماسة إلى ذلك دون الحاجة إلى إصدار بيان رسمى من الكنيسة .

أما فى البلدان الكبيرة خاصة فإنه من المهم إعطاء تنظيم الأسرة أكبر قدر ممكن من الاحترام . ولقد فعلت الهند ذلك بتسمية وزير الصحة : وزير الصحة وتنظيم الاسرة . أما إذا كان ذلك مستحيلا فإن الاهتمام يجب أن يوجه إلى المستوى التالى ، ألا وهو المكتب . ولكن فى كوريا فإن أكثر المراكز نجاحا يقع فى حى متواضع مع مركز رعاية الأمومة والطفولة . والسبب فى ذلك أن الوزير يدعم البرنامج بإخلاص ، من خلفه مجلس التخطيط الاقتصادى .

ومدير البرنامج بالطبع يجب أن يكون رجلا ذا قدرة ، وطبيبا ذا قدرات إدارية ، وقد يكون شخصا مثاليا كمدير للبرنامج .

ولكن رجلا من العامة ذا قدرات إدارية هو اختيار أفضل من اختيار طبيب ليس له هذه القدرات ، وسواء أكان طبيبا أم لا فمن اللازم أن تلحق به هيئة طبية استشارية .

وبعض البلدان يقع فى الخطأ القائل إن العمل يمكن إنجازه بواسطة مجموعة من الأوامر ، حين تبحث عن جنرال متقاعد يفشل عادة فى إنجاز تلك المهمة . أما الرجل الذى يحقق النجاح فهو الرجل الذى أنجز عملا مماثلا من قبل والذى يعرف تماما ماذا يجب أن يصنع فى الميدان والذى يعرف أيضا كيف يدفع دولاب العمل ، حتى يكون المال والعاملون والإمدادات قد وضعت فى الوقت المناسب فى المكان المناسب .

وبعد ذلك فإن المنظم يجب أن يستقر على رأى حول الأهداف السنوية ، وقليل من القادة يتحاشون الإعلان عن أهدافهم ، على أساس أن العاملين ستنحط روحهم المعنوية إذا لم تتحقق الأهداف ، وأنهم قد يزورون تقاريرهم كيما

يصلوا إلى الحد المطلوب منهم . ولكن برنامجا ناجحا كالذى فى كوريا والصين الوطنية له أهداف قومية سنوية كثيرا ما يتجاوزونها هناك كل سنة ويتفقون عليها ، حتى إن كل عامل له عمل محدد يقوم به ويراجع عليه كل شهر ، حتى يتأكد أنها ، أو أنه يقوم به على الوجه الأكمل . وهناك خطر يكمن فى توقف العامل عن العمل حالما يصل إلى المقرر المطلوب منه . ولذا كان الحل لذلك فى الصين الوطنية هو إعطاء مكافآت تشجيعية عن كل من يقبل تنظيم الأسرة زيادة عن الحد المقرر .

وأحسن طريقة لتحديد الهدف يكون أساسها هو ما حقق بالفعل فى أثناء الجهود الاستكشافية تحت الظروف العادية .

فإذا لم تكن هذه المعلومات متيسرة ، فإن مائة ممن يقبلون البرنامج فى السنة الأولى هو هدف معقول حين تكون المؤسسة لا تزال غير كاملة لكل عامل يعمل طوال الوقت .

وفى السنة الثانية يمكن رفع هذا الرقم إلى ٢٠٠ — وبعد ذلك فإن التجربة يجب أن تكون المرشد الأساسى . ومع ذلك فإن لم يكن هناك دليل لا بأس به على أن العاملين يمكنهم أن يزيدوا من العمل فإنه يجب ألا يزاد الهدف بأكثر من ١٠ فى المئة عن زيادة المهارات . وإذا كانت هناك حاجة إلى إنتاج أكثر من ذلك ، فيجب توظيف عدد أكبر من الموظفين .

وهناك دليل تقريبى جداً ، وهو أنه إذا كان هناك موظف لكل عشرة إلى ثلاثين ألفاً من السكان (وذلك يعتمد على صعوبة الوصول إلى القرى ونسبة الأمية بين النساء) فإن الهدف بالنسبة إلى الجدد ممن يقبلن البرنامج ، هو نصف فى المائة من المجموع الكلى للسكان ، فى أثناء السنة الأولى ، وواحد فى المائة فى السنة الثانية ، وحتى فى البرنامج المخدوم دعائيا فإن النجاح قليلا ما يصل إلى ٢ فى المئة فى السنة .

وأغلب البلدان تبدأ بغرض أن الأمر فى المدن يمكن الوصول إليها بسهولة أكثر من تلك التى فى القرى ، لكن من الصعب الاتصال بالناس فى المدن ، لأن ذلك ولا ريب كإمساك ثعبان السمك الذى دهن بالشحم . فالناس يعودون من المدن إلى قراهم عندما لا يجدون عملا ، وغالبا مايخرجون (لتحاشى دفع الإيجار فى بعض الأحيان) ويغيبون عن المنزل فى أثناء ساعات العمل . ويزيد الأمور تعقيداً أن بعضهم يعيشون فى منازل غير مرقمة (كما فى بانكوك، وهونج كونج ، أو فى القوارب التى ترسو حيث يوجد مكان خال لرسوها) . وفى بدء برامج تنظيم الأسرة كثيرا ما كان الناس يعطون أسماء وعناوين مزيفة ، إما لتغطية أنهم يمارسون تنظيم الأسرة ، وإما ليتحاشوا دفع إيصال يبحث عنهم صاحبه .

وبصفة عامة فإن استجواب مائة امرأة فى مدينة مزدحمة يقارب من حيث الصعوبة استجوابهن فى قرية .

وفى آسيا ، حيث ركز الاهتمام حديثا على اللولب ، قررت بعض البلدان ، مثل الصين الوطنية ، أن تكون وحدات أهدافها هى اللوالب فقط ، وهذا يميل إلى إبراز أهمية إغماد اللوالب ، وإلى الإغضاء عن أهمية بقائها فى أمكنتها . ولسوء الحظ فإن حوالى نصف اللوالب التى يجرى إغمادها تنزع خلال سنتين ، مع أنه فى كثير من هذه الحالات لا تقوم الضرورة إلى ذلك .

وفى البلدان التى تعتمد أساسا على اللوالب ، يجب التنبيه بشدة على الأطباء والعاملين فى الميدان بوجوب تهدئة المريضة التى تجرى لها عملية إغماد لولب وإفهامها أنها يجب أن تتحلى بالصبر على أعراض التعب البسيطة المصاحبة للإغماد ، والتى قد تطول شهراً أو شهرين فإن ذلك أفضل من التعرض لمخاطر الحمل مرة ثانية .

وفى البرامج الكاملة تهدف البلدة النموذجية إلى تقليل معدل النمو السنوى

من ٣ إلى ٢ فى المئة فى خلال عشر سنوات . ومع الأهداف المذكورة آنفا يكون ذلك ممكنا إذا استعملت أحسن الأساليب . وحتى الآن تضمنت هذه الطرق فى الغالب اللوالب والقراب والتعقيم ، ولكن استعمال موانع الحمل الفمية يزداد بسرعة .

وأحسن طريقة لوضع الأهداف هى تلك الطريقة المستعملة فى الباكستان، فهى تترجم نتائج كل طريقة إلى الحماية ضد زيادة السكان التى تحققها خلال سنتين ويجب خصم الفعالية المقدرة لكل طريقة إلا التعقيم سنويا ، وذلك إذا ما أريد لهذه الطريقة أن تكون ذات معنى .

وعلى أساس الهدف المطلوب ، فإنه من الممكن عمل تقدير تقريبى للميزانية ، ويجب أن تعد هذه الميزانية لأبعد مدى من الزمن المستقبل (سنين عديدة فى بعض الأحيان) وحتى تكون الحال متيسرة عند بدء العمل .

وتأتى بعد ذلك استمارة العاملين ، هذا الجزء من العمل حيث يجب أن يشترك فيه القادة الكبار — الذين يجب أن يكونوا بالطبع رجال أعمال لا رجال أقوال — لهم القدرة على تحريك دولاب العمل رغم الروتين الذى ترسب فى أعمال الحكومات خلال السنين .

وفى البداية يبدأ البحث عن المدربين الذين يجب إعدادهم بالممارسة العملية ، وليس بالمحاضرات ، ولكن الدعامة الأساسية للبرنامج ، هى زائرات المنازل اللاتى يكن قد تلقين تعليمهن فى المدارس العالية ، أو أقل من ذلك ، بافتراض أنهن ناضجات بما فيه الكفاية ليتحدثن إلى الزوجات القرويات ، ويكتسبن ثقتهن ، بغير الاهتمام كثيرا بسنوات التعليم (أو القدرة على اجتياز امتحان تحريرى أكثر من الفطرة السليمة) .

وكل ما يجب أن يعمله العاملون بالميدان هو أن يساعدوا النساء اللاتى يطلبن المعونة ، وأن يخبروهن بالحقائق البسيطة عن الوسائل المتيسرة ، وأن يحددوا موعدا لهن مع الأطباء ، وأن يطمئنوهن حين تكون هناك أعراض جانبية .

ولكن يجب عليهم ألا يقدموا نصائح طبية إلا عن الأسئلة المحددة المتعارف على إجاباتها ، الخاصة بالأعراض الجانبية للوالب والحبوب . ويمكن الحصول على التدريب اللازم لبدء العمل فى شهر أو أقل ، ولكن من اللازم القيام بتدريب لتجديد المعلومات كل سنة حتى تكون فى مستوى مساير للتقدم .

كذلك يجب طلب المعدات والإمدادات فى الوقت المناسب . وغالبا ما يكون الوقت المطلوب لإعدادها للعمل أطول من المتوقع .

وإن سنة واحدة لهى فترة قصيرة جدا للتدريب بعد توزيع المال ، وثمانية عشر شهرا هى فترة مناسبة وأول شىء يجب طلبه هو الإمدادات والمعدات المستوردة من الخارج ، وأهم الأساسيات هى : اللوالب وآلات الإغماد ، والأقراص ، والقرب ، إذا كانت هذه الأشياء ستستعمل فى السنة الأولى من البرنامج .

وإذا لم تكن هذه الأشياء قابلة للفساد — كما هى الحال فى المناطق الاستوائية — فإنه يجب طلب ثلاثة أمثال ما يتوقع أن يستعمل فى السنة الأولى . أما الباقى فإنه يخزن بالمئات أو الآلاف فى مناطق العمل ، ويجب أن يكون هناك مخزون على كل مستوى . أما إذا لم نفعل ذلك فإن الأطباء العاملين حيث الحاجة إلى إلى هذه المعدات سيلحون فى طلب اللوالب ، حتى ولو كانت هناك مئات أو آلاف منها فى البلاد .

أما إذا كانت المعدات تفسد بسهولة ، مثل القرب ، أو من المحتمل أن تصبح وقد عفى عليها الزمن سريعا ، مثل أقراص منع الحمل المستعملة حاليا ، فإن أى طلب يجب أن يكون هو الاحتياجات المحتملة لعام قادم . ولكن يجب أن ترتب الخطة بحيث تصل الكميات كل ثلاثة أشهر .

والعناصر الأخرى غير ما تقدم قليلة ، كالفوانيس السحرية وشرائحها ، هناك كهرباء فى المنازل ، وآلات للعرض السينمائى إذا كان هناك أفلام ذات

بال ، وعدد من مذياع الترانزستور فى المناطق القروية حيث لا يمكن لكثير من الناس القراءة ، وعدد من السيارات بالقدر اللازم فقط ، وبالقدر الذى يمكن صيانته ، و هناك برنامجان من أحسن البرامج ، وهما فى كوريا ، وفى الصين الوطنية . وليس لديهم سيارات (بل لديهم دراجات) تستعمل فى تنظيم الأسرة فقط . ولكن فى الهند وباكستان ، حيث يقوم عادة باغماد الوالب نساء طبيبات ، فإن السيارات لازمة لنقل الطبيبات إلى القرى ، وكذلك لأن ثلث السكان فقط يمكنهم الوصول بسهولة إلى الطبيب .

ولو أن المواد اللازمة للتدريب وللاستعمال الميدانى تشكل جزءاً صغيراً من الميزانية ، إلا أنه يجب التبكير بالبدء فيه حيث إن هذه المواد ليست بحاجة إلى الإعداد بعمل الرسوم المناسبة فحسب ، ولكنها يجب اختبارها اختبارا أوليا فى الوقت المناسب حيث تقوم الحاجة إليها .

والمواد المطلوبة للتدريب يجب أن تكون فى أيدى العاملين يوم أن تبدأ برامج الدراسة ، والأمر صحيح كذلك بالنسبة لاستمارات التقارير ، إذ يجب أن تكون هناك مجموعة كاملة موجودة بالمركز قبل أن يبدأ تقديم الخدمة لأية امـــرأة .

وباختصار فإن المنظم الجيد يعمل حسب سرعة مرور الاستمارات التى تشكل مقياساً أكيدا يستعمله القائم على البرنامج لتقويم الأمور تقويماً جيداً .

وفى أثناء عمل جدول زمنى ، فإنه من الأمور الأساسية البدء بالأشياء التى تستغرق وقتاً طويلا ، أو التى تشكل أولى الخطوات ، ولا حاجة إلى البدء بكل الخطوات فى الخطة دفعة واحدة ، ولكن العاملين يجب أن يكونوا من الدقة بمكان بحيث يمكنهم القيام بعدد من الحركات فى وقت واحد . ومن الأخطاء الشائعة الانشغال بعنصر واحد ونسيان ستة عناصر أخرى لها نفس الأهمية ، أو حتى أهمية عنصر أكثر من هذا العنصر .

والمنظم يجب أن يقرر فى البدء المدى الذى يمكن أن يعتمد عليه فى أثناء حفز أعضاء التنظيم (عادة فى عيادات الطفولة والأمومة) .

ومبدأ تكامل تنظيم الأسرة مع خدمات الصحة العامة ممتاز على المدى الطويل ، ولكنه خطير فى البداية (كما هى الحال فى سيلان) إذا لم تكن هناك زيادة فى أجور العاملين مقابل أى زيادة فى العمل يجب أن تؤدى بالإضافة إلى أعمال رعاية الأمومة .

كما أنه فى بلد مثلا كوريا ليس هناك الكثير الذى يمكن أن يتكامل مع تنظيم الأسرة . فهناك ٢٣٠٠ عامل فى ميدان تنظيم الأسرة ، بالمقارنة بحوالى ألف عامل بميدان الصحة العامة من الأنواع الأخرى . والعاملة بتنظيم الأسرة يجب أن تلحق بمركز صحى ، ولكن عليها ألا تبقى هناك ، بل يجب أن تذهب إلى القرى وتتحدث إلى الأمهات .

وبعض البلدان تحاول أن تقوم بكل العمل بواسطة فريق العاملين الموجود فى المراكز الصحية ، وتعطى مرتبات قليلة حوالى عشرة إلى عشرين قرشا عن كل امرأة تحول إليهم للحصول على لولب أو البدء بطريقة أخرى وللنتائج السريعة ، فإن هذه الطريقة بلا شك فى مرتبة أقل بالنسبة للطريقة التى يضاف فيها إلى الفريق عاملون يعملون طول الوقت .

وإنه لمما يرجى عادة أن تكون النسوة اللاتى يحضرن موافقات جديدات أن يكن من القابلات (المولدات) ، ولكن فى بلدان كثيرة لا يعترف بهؤلاء القابلات ، بل يعتبر وجودهن غير شرعى ، وأكثر من هذا فإنهن يعتقدن خطأ أن تنظيم الأسرة سيقلل كثيرا من عدد الأطفال الذين يولدون ، وبالتالى فسيقلل كثيرا من دخولهن ، أما إذا كن على علاقة طيبة بتنظيم الأسرة ، وإذا كان يمكن إقناعهن بأن الولادات ستكون كما كانت من قبل ، وإذا مامنحن مرتبات كافية فقد يسير دولاب العمل وإلا فلا .

وعندما يستقر الرأى على النظام ، فإن المنظم يجب أن يقرر أى نوع من السجلات يجب أن يحتفظ به محليا . وما هى التقارير التى نحن بحاجة إليها؟ وكم مرة نحتاج إليها ؟ ويمكن ابتكار تلك السجلات أو الحصول عليها من مجلس السكان فى كتاب « إحصائيات الخدمات » . ويجب الاحتفاظ بكثير من السجلات عادة ويجرى تحليل القليل جدا . وعلى الأقل فإن الوحدة المحلية يجب أن تحتفظ بسجل جديد للموافقات ، ويجب عمل تقرير شهرى فى آخر كل شهر بلا إهمال .

وبهذا فقط يمكن للمشرف أن يعرف ما إذا كان كل شىء يجرى فى طريقه السليم أم لا . ولكى نعرف كم من الزمن تبقى اللوالب أو الأقراص أو القرب ويستمر استعمالها ، يجب الاحتفاظ باستمارة متابعة عن كل حالة ترفق عند إصدار سجل جديد . وبهذه الطريقة يمكن أن نعرف أى الحالات يجب أن نتبعها .

كذلك يمكن استعمال هذه البطاقات لنعرف إلى أى مدى من النجاح والإخفاق يسير البرنامج ، أما البعض من السجلات فمن الممكن محوها إلا التى يحتاج إليها الأمر .

والتقارير مفيدة للمشرفين فقط إذا ما كان سريان المعلومات إلى المركز سريعا لتحليل هذه المعلومات ، ويعاد إرسال النتائج ثانية إلى ميدان العمل ، ففى كوريا وفى الصين الوطنية تعرف أرقام يناير جيدا قبل نهاية فبراير حتى يمكن اتخاذ إجراء علاجى فى الحال، والتقارير التى عمرها ثلاثة أشهر هى كالصحف القديمة مفيدة فى لف الرنجة فقط ولكنها ليست مفيدة فى الإشراف .

ويجب أن يكون هناك إشراف . كما يجب على المشرف ألا يحتفظ بأكثر من خمسة عشر عاملا تحت رياسته . وغالبا ما يستعمل لفظ المشرف لوصف هؤلاء الناس الذين يجلسون إلى مكاتبهم ويقرءون الجداول الإحصائية التى عمرها شهر لا أكثر . وربما يكتبون ثانية إلى من أرسل التقرير ما يعلمه جيدا ، ألا وهو

أن الهدف لم يمكن تحقيقه . والعاملون المهرة لايكونون فى الغالب مشرفين مهرة . المشرفون المهرة هم أولئك الذين دربوا تدريبا خاصا لمساعدة العاملين بالميدان للقيام بعملهم على وجه أحسن ، وأولئك الذين يصرفون بدل انتقال للعاملين والذين يقضون خمسة عشر يوما من كل شهر فى الميدان ؛ والمدير الذى يرغب فى النجاح مستعد أن يحارب فى سبيل بدل الانتقال الخاص بالمشرفين ، لأنه إذا لم يفعل ذلك واختصرت الميزانية فإن بدل الانتقال هو أول عنصر يجرى حذفه .

وقد يبدو أن المدير يعمل عادة فى بلد له برنامج قوى وميزانية سنوية راسخة ، ولكن أغلب البرامج تبدأ فى الحقيقة بطريقة مختلفة تماما ؛ فنى الماضى كانت أى امرأة مقتنعة بحق النسوة الأخريات فى تحديد أسرهن تبدأ بجمع المال من الأصدقاء المعضدين ، وتبدأ فى العمل . وفى الواقع فإن هذه المرأة كانت لاتعلم من أين سيأتى إيجار الشهر القادم لمقر العمل ، وفكرة الإعداد لسنة قادمة كانت شيئا يفوق الأحلام ، وبعد ذلك تأتى منحة سنوية من بعض رجال الأعمال الذين يكونون قد اقتنعوا بالفكرة . ثم تجىء على أثر ذلك كميات كثيرة من اللوالب من منحة باث فايندر ، ومنحة صغيرة من الاتحاد الدولى للأبوة المنظمة . وبعد ذلك يجىء جزء من منحة من هيئة سباق الخيل ، أو معونة قليلة من اليانصيب ، وبعد ذلك تجىء ميزة استعمال بعض الحجرات فى مركز الصحة المحلى لساعات قليلة أثناء الأسبوع ، وأخيرا تجىء منحة صغيرة للمعونة تختفى وراء قناع من لغط العمل الاجتماعى ، ولسنوات طويلة لم يكن لهذه المجهودات أثر يذكر فى معدل الولادة . ولكنها فى النهاية فتحت أعين كثير من المجتمعات على ورطة الفقراء من ذوى العيال . ومع إنتاج اللوالب والأقراص أشرق أمل جديد ، هو أن معدل الولادة يمكن إنقاصه بسرعة ، حتى فى البلدان الفقيرة جدا ، وهكذا يولد برنامج قوى لتنظيم الأسرة .

ولسنوات عديدة فإن منظمى الأسرة كانوا مجبرين على الاعتماد تماما على المال الذى يمكن جمعه محلياً . وكان على الأزواج الذين يحتاجون إلى القرب أو الأقراص ذات الرغوة أن يشتروها من مخازن الأدوية بثمن يعكس الضرائب المفروضة والتى تبلغ غالبا مائة فى المائة أو أكثر على مايسمى بالسلع

الكالية . ولهذا فإن الإمدادات كانت غالية الثمن جداً ، ويجب أن تستعمل فى كل مرة تقوم فيها علاقة جنسية بين الزوجين ، و لم تكن فعالة على حال من الأحوال .

وحتى حين أصبح المال متيسراً من الخارج : من مؤسسة فورد ، أو من مجلس السكان ، ولم يكن ذلك قبل سنة ١٩٦٠ ، فإن أغلبها كان ينفق على المعونة الفنية والبحوث ، ولقد كان القليل ينفق على خدمات المشروع ، وكان هذا يخصص للبلدان الصغيرة كعرض لما يمكن أن يحدث ، وفى سنة ١٩٦٧ بدأت الولايات المتحدة أخيراً إمداد البلدان المجبرة على شراء موانع الحمل من الخارج ، وليس لديها منح كافية — بدأت إمدادها بموانع الحمل .

وفى سنة ١٩٦٨ بدأت الصورة تتغير بسرعة ، فقد أقنع علم السكان أغلب المفكرين أن كثيراً من البلدان الفقيرة لا بد أن تمارس تنظيم الأسرة ، أو تبقى فقيرة كما هى ، أو يزداد فقرها فى كثير من الحالات ، وأكثر من هذا فإنه منذ سنة ١٩٦٥ ظهر نوعان جديدان فعالان لمنع الحمل ، وهما اللولب والأقراص ، ويمكن صناعة اللولب محليا فى أى مصنع من مصانع البلاستيك بتكاليف تبلغ حوالى ثمانية مليمات ، والأقراص التى تساوى دولاراً أو دولارين (أى من الأربعين إلى ثمانين قرشاً فى الشهر) يمكن شراؤها من برنامج قومى بحوالى أربعة قروش شهرياً ، وبتجميع المصادر المحلية والمعونة الدولية فإنه يمكن لأى دولة تريد حقاً ممارسة تنظيم الأسرة أن تجد النفقات اللازمة لذلك .

وبعض البلدان مثل كوريا مهتمة بتقليل معدل الولادة بسرعة لدرجة أنهم يعطون كل الخدمات والإمدادات مجانا .

وفى الصين الوطنية تدفع المرأة دولارا « حوالى ستين قرشا » يتقاضاها الطبيب نظير إغماد اللولب ، وتجمع من أثمان الحبوب مايساوى مايدفع للخدمات

القائمة على توزيعها ، وفى الهند وباكستان تدفع الحكومة أغلب الثمن ، ولكنها تفرض رسما صغيرا (حوالى قرش واحد لكل « دستة » من القرب) ، وذلك حسب النظرية القائلة إنه حتى أكثر الناس فقرا يظنون أن ما يدفعون من المال هو ما يعود عليهم بالفائدة ، دون غيره مما يصرف بالمجان .

وإذا ما كان هدفنا هو النتائج السريعة فإنه من الأحسن إعطاء الإمدادات مجانا ، أو بثمن رمزى — وقد برهنت كوريا على ذلك بإقامة واحد من أكثر البرامج فعالية فى العالم .

وبين الفقراء من الناس فإنه حتى القليل من المال قد يعنى الفرق بين الاستمرار أو الانقطاع عن ممارسة تنظيم الأسرة ، ومن ناحية أخرى فإن الحكومة إذا لم تكن راغبة فى دفع التكاليف لمدة عشر سنين على الأقل ، فإن من الأحسن فى البداية أن يتحمل الثمن من يقدرون على الدفع مع إعطاء تساهل يقدر بحوالى ٢٠ فى المئة بالنسبة لمن لا يقدرون على الدفع ، ومن السهل دائما خفض الأسعار أكثر من رفعها .

وتكاليف برامج تنظيم الأسرة فى آسيا تبدو رخيصة جدا فى نظر الأمريكيين ، ولابد وأن تكون هذه هى الحالة فى البلدان التى يبلغ دخل الفرد فيها أقل من ٢٠٠ دولار ، وكذلك الحال فى البلدان الكبرى (فى الهند وباكستان والصين الشعبية وإندونسيا أقل من ١٠٠ دولار للفرد الواحد فى السنة) ، والسبب فى أن هذه النفقات منخفضة هى أن المرتبات منخفضة أيضا حيث تبلغ حوالى ٢٥ دولارا فى الشهر أو أقل .

وعلى سبيل المثال فإنه فى كوريا سنة ١٩٦٧ بلغ مجموع تكاليف الخدمات مليونين وربع مليون دولار كانت موزعة كالتالى :

٣٣٠ ألفا لإغماد اللوالب ، ١٥٠ ألفا للأزواج الذين يستعملون القراب ، وعشرون ألفا لعملية التعقيم . ولذلك فإنه مقابل ٤٫٥ دولارات للزوجين تمت

خدمة حوالى نصف مليون من الناس . وبالنسبة للسنين القادمة فإن ستعمال القراب سيكلف الحكومة حوالى دولار فى السنة لكل زوجين .

ولن تكلف اللوالب شيئا إذا بقيت فى أماكنها حوالى ثلاث سنين . أما التعقيم فلن يكلف شيئا . وأغلب اللائى نزعت لوالبهن أو الذين يريدون التحول عن القراب سيختارون طريقة أخرى فعالة ، لأنهم قد جربوا ذلك بأنفسهم .

وفى الصين الوطنية فى سنة ١٩٦٧ فإن مبلغا إجماليا مقداره ٦٥٠ ألفا من الدولارات (بما فى ذلك المعونة الخارجية) ، كان موزعا كالتالى : ١٢٠ ألفا لإغماد اللوالب ، ٣٢ ألف امرأة بدأت تتعاطى أقراص المنع بتكاليف مقدارها ٤ر١ دولارات للزوجين .

ولمدة ثلاث سنوات قبل ذلك عندما كانت النساء من ذوات الأسر الكبيرة يجئن إلى الطبيب بأنفسهن ، كانت تكاليف البرنامج ٧٥ر٢ من الدولارو . بالنسبة لأن المرتبات قد ارتفعت أخيرا عن مستوياتها التى كانت لاتحتمل ، فإنه يجب البحث عن النسوة الأقل قنوطا ، على أن يقوم بذلك الباحث الميدانى . لذلك زادت التكاليف إلى ٤ر١ دولارات .

وفى كوريا فإن التكاليف عن كل فرد هى قرش ونصف قرش فى السنة ، وفى الصين الوطنية حوالى قرش واحد ، وفى البلدان التى تكون الأمية فيها أكثر انتشارا مثل الهند والباكستان ، فإن التكاليف يمكن أن تحسب على أنها حوالى ٨ قرش ونصف ، وقرشين ونصف على التوالى . والتكاليف التى أنفقتها الحكومة على منع الحمل هى أقل من ٥ فى المئة من النفقات التى تنفقها على المدارس ومراكز خدمة الطفولة الهزيلة التى تخدم الأطفال حتى سن الخامسة عشرة .

ومعيار النجاح هو بطبيعة الحال انخفاض معدل الولادة والذى يصعب قياسه جداً فى البلدان المختلفة .

وفى الصين الوطنية — حيث الهدف هو تخفيض معدل الولادة من ثلاثة إلى اثنين فى المئة عند مجىء سنة ١٩٧٣ — أمكن قياس الانخفاض بدقة لأن

الإحصائيات الحيوية كانت جيدة ، وفى نهاية سنة ١٩٦٧ كانت الدلائل تشير إلى أن البرنامج حقق نجاحا أكثر من المطلوب منه ، وبالطبع كانت هناك عوامل أخرى مثل : الإجهاض المتعمد (غير الشرعى ولكنه كثير) ولكن بعد أن بدأت برامج تنظيم الأسرة فقد تضاعف معدل الانخفاض .

وقصة كوريا هى هى تماماً فى كل مرة . فبالاستعانة بعون الحكومة بالإضافة إلى برنامج ذى مخزون جيد (متضمنا ما توقف عن استعماله من الأقراص واللوالب سنة ١٩٦٨) فإن كوريا حققت ما أرادت . وقد أثبتت كوريا لأول مرة فى التاريخ أن البلدان الفقيرة يمكن أن تخفض معدلات ولادتها بسرعة ، وأكثر من هذا فإنها كانت مقدمة ستقبعها بالطبع بلاد أخرى .

٢١

مسح السكان كأداة أساسية

د. باركر موليدين

لقد استعملت عمليات المسح من قبل على نطاق واسع ، واستفادت منها الحكومات ، كما استفاد أصحاب الأعمال ، والسياسيون ، والأكاديميون ، والمحللون الاقتصاديون ، ووكالات الصحة والإنعاش ، وكذلك مديرو تنظيم الأسرة . ولقد استغل السياسيون والمسئولون الحكوميون المهتمون بالسكان عمليات المسح لتحديد ما إذا كان برنامج تنظيم الأسرة سيسد حاجة ملموسة للجماهير أم سيلاقى رفضا منها .

وبمعنى آخر فإن المسح للتعرف بالاتجاهات قد استعمل لمعرفة ما يريد الناس . وما يفكرون فيه ، ومايعملون بالنسبة لتنظيم الأسرة. ولقد كانت هناك أنواع كثيرة من المسح التى كان لها رمز خاص ، ألا وهو (KAP) ونعنى بـ K معرفة Know، ونعنى بـ A اتجاه Attitude ، والثالثة P ممارسة Practice ، وهو ما يفعل الناس حقيقة تجاه تنظيم الأسرة .

فما هو المسح عن طريق العينة ؟ هو طريقة لمعرفة خواص كل السكان باختيار جزء يمثلهم اختياراً علمياً ، هذا الجزء يسمى « العينة » ، ولنفترض — على سبيل المثال — أن شخصا يريد أن يعرف متوسط طول ووزن البالغين فى بلد ما مثل الهند ، ،فإن تكون هناك حاجة إلى قياس طول ووزن كل شخص من البالغين فى الهند ، وبدلا من ذلك فإننا نأخذ « عينة » من بضعة آلاف

من الرجال ، ومن تلك العينة يمكن تقدير متوسط الوزن والطول لكل رجال الهند ، ويكون التقدير صحيحاً فى مدى ضيق من الخطأ .

وهذه الأداة الحديثة ، ألا وهى المسح عن طريق العينة — يمكن استعمالها فى أغراض متنوعة . فمثلا يمكن لذلك المسح أن يبين للمخطط الاقتصادى والاجتماعى من هم الناس من كل أفراد المجتمع الذين سيوافقون أولا يوافقون على مساعدة برنامج تنظيم الأسرة حكومياً ، ومتى نشأ برنامج ما فإنه يجب إعادة المسح كل سنتين ، حتى يعرف المدير كم هم الذين يعرفون البرنامج ؟ وما إذا كانوا يعرفون أين تقع العيادات ؟ ومتى تكون هذه العيادات مستعدة لاستقبالهم ؟ وما هى الحقائق والمعلومات الخاطئة التى يعرفونها عن البرنامج عامة وعن طرق منع الحمل الخاصة .

ويجب أن يكون لدى المدير طريقة للمراجعة ، مستعدة فى أى وقت لمعرفة ماذا يحدث فى البرنامج نفسه ؟ فإذا كان قد أنشأ نظاما جيدا لعمل التقارير (١) فإنه يجب أن يعرف عدد العاملين الذين تم توظيفهم ، ومؤهلاتهم ، والتدريب الذى حصلوا عليه، ومقدار المنح المتيسرة والمستعملة،والإمدادات المتاحة ، والامدادات التى طلبت ، وأوقات تسليمها . وسيعرف أيضا من هم عملاؤه وزبائنه الذين لا يرجعون لأخذ عوامل منع الحمل ، ولكنه لم يعرف لماذا لم يرجع هؤلاء ، ولن يعرف كذلك إذا ما كان هؤلاء اللاتى لم يرجعن لا يزلن يمارسن منع الحمل ، أم قد أصبحن حوامل .

ولذلك فإنه سيحتاج إلى مسح عينات من نوع خاص ، ليعرف لماذا لم يرجعن ؟ وماذا يفعلن ؟ وسيعرف من عينات المسح كذلك ما إذا كان هناك مبالغة فى التقارير المستقاة من إحصائيات البرنامج . وماذا يحدث للعميلات عن يحضرن للعيادةمرات قليلة ثم ينقطعن؟ أذلك لأنهن لم يسترحن إلى الطريقة التى يعاملن بها ؟ أم هو بسبب ظنهن أن طريقة منع الحمل التى يستعملنها غير مأمونة و لايعتمد عليها ؟ أم لأنهن يجدن أنه من الأسهل لهن الحصول

عليها تجاريا ؟ كذلك سيمدنا المسح الخاص بأجوبة لهذه الأسئلة؟ وبها يساعد مدير تنظيم الأسرة وبرنامجه .

والبرنامج الحكومى يجب أن يقدم الخدمات إلى أولئك الذين يحتاجون إليها ، وعلى الخصوص هؤلاء الذين لا يقدرون على الحصول عليها .

ولكن البرنامج الحكومى يجب أن يقوم بعمله كعامل مساعد ليشجع الزيادة فى تنظيم الأسرة خارج البرنامج .

ولقد نشطت الحكومات فى تنظيم الأسرة فى تلك المناطق التى لم يبدأ فيها القطاع العام هذا النشاط حيث تقوم الحاجة إليه. وذلك لتقديم هذه الخدمات للفقراء وغير المتعلمين لتقليل معدل الإخصاب أيضاً .

والمسئولون فى الحكومات فى البلاد المعروفة لدى المؤلف ينتظرون ذلك اليوم الذى تضرب فكرة تنظيم الأسرة بجذورها فى المجتمع، لدرجة الاستغناء عن المساعدات الحكومية ، أو حتى الاستغناء عن الحاجة إليها على نطاق واسع .

وهكذا فإنه يجب على البرنامج الحكومى ، أن يبحث عن تشجيع مختلف الهيئات الخاصة لتقديم المعلومات والخدمات إلى تنظيم الأسرة . فمن الواجب تشجيع الأطباء الخصوصيين على إخبار مرضاهم عن فائدة التحكم فى النسل ، ويجب عليه أيضاً أن يشجع كذلك الصيدليات والمؤسسات الأخرى على أن تجعل إمدادات موانع الحمل متيسرة ورخيصة .

ولكن كيف يمكن للحكومة أن تعرف ما يحدث فى القطاع الخاص ؟ . يمكن الحصول على بعض المعلومات عن موانع الحمل من إحصائيات الصناعة والتصدير . واستخدام وتحليل المعلومات من هذا النوع ، يجب تشجيعه ، لأن أحسن إحصائيات التصدير والصناعة لن تلقى إلا ضوءاً محدوداً على الاستعمال .

والمسح عن طريق العينة هو أداة إضافية للحصول على معلومات عما يحدث في البلاد عامة ، وليس ما يحدث في العيادات الحكومية فقط .

ويقول بيرلسون (٢) إن دراسات (KAP) تستعمل لثلاثة أغراض : الوصفي ، والتقويمي ، والتوجيهي ، ونعني بالوصفي استخدامها للحصول على صورة يعتمد عليها عن الوضع الحالي كيما يستنير كل مختص من المسئولين العاملين في التنظيم مباشرة والمسئولين السياسيين والحكوميين ، والأسرة الطبية ، والإعلام ، ومجتمع الأعمال ، وذوي الحرف الأخرى ، والعامة الذين يعتبر تدعيمهم لتنظيم الأسرة مهما ، والمجتمع عامة .

وفي كثير من البلدان يعتقد القادة والصفوة أن الرجل العادي والمرأة العادية لديهما قليل من الاهتمام فقط بتنظيم الأسرة ، ويريدان أكبر عدد ممكن من الأطفال ، وبالممارسة وجد أن أغلبية عظمى من الناس مهتمة بزيادة حصتها من المعرفة عن تنظيم الأسرة .

ونجد أنه من ثلثين إلى ثلاثة أرباع أولئك الذين أنجبوا أربعة أطفال أو أكثر لا يريدون أكثر من ذلك .

وبكلمة التقويمي نعني استعمال مسح (KAP) كجزء من مجموعة من الأجهزة لقياس نتائج تنظيم الأسرة . وفي الحقيقة فإنه واحد من ثلاثة أجهزة ، منها جهاز سجلات المتابعة اليومية ، والآخر هو تسجيل المعلومات الحيوية (٣) .

وإن مسحاً من نوع (KAP) يمكن أن يعرفنا بخط البداية الذي يمكن مقارنة المعلومات والاتجاه والممارسة بالنسبة إليه لعمل مسوح أخرى مماثلة . وعلى سبيل المثال فإن مسحين عملا ، وكان الثاني بعد الأول بسنة واحدة فقط ، وذلك في كوريا الجنوبية ، وقد أظهرا ما يأتي :

(١) ١١ في المئة فقط كن يعرفن اللولب في سنة ١٩٦٤ ولكن ٤٥ في المئة كن يعرفنه بعد ذلك بسنة واحدة (٤) .

(٢) ٩ فى المئة فقط كن يمارسن تنظيم الأسرة فى سنة ١٩٦٤ بالمقارنة إلى ١٦ فى المئة بعد ذلك بسنة واحدة (٥).

(٣) أقل من ١ فى المئة كن يستعملن اللوالب فى سنة ١٩٦٤ بالمقارنة إلى ٥ فى المئة بعد ذلك بسنة (٦).

(٤) من بين مانعات الحمل انخفضت نسبة مستعملات طريقة الرتم من ٣٩ إلى ١٩ فى المئة وزادت نسبة مستعملى القراب من ٣٦ إلى ٥٧ فى المئة (٧).

وأخيراً فإننا نعنى بالتوجيهى استعمال هذه المسوح لتوجيه القرارات البرنامجية. فعلى سبيل المثال بينت المعلومات الكورية والصينية الوطنية أن أكثر من نصف هؤلاء اللاتى يردن منع الحمل، واللاتى سبق لهن أن أنجبن طفلا فى خلال السنة ونصف السنة الماضية سيصبحن بالفعل من منظمات الأسرة، وعلى النقيض من ذلك فإن أولئك اللاتى يظهرن رغبة فى منع الحمل واللاتى ولدن آخر طفل لهن قبل سنتين ونصف سنة نادراً ما يستعملن منع الحمل.

وهذه هى أكثر الموجبات اختصاراً عن طريق الاستفادة مز مسوح (KAP)، وربما يكون من العدل أن نقول إن فائدتها فى التوقيت هى بحسب ترتيبها الذى أوردناه، ومن أوصافها أنها ساعدت على التخلص من الخرافات الكثيرة التى كانت تملأ هذا الميدان، كما أنها ساعدت على إعطاء فكرة أوضح لبعض الناس من ذوى النفوذ عن الحالة الواقعية لهذه الأشياء.

وكان استعمالها للتقويم نادراً، ولم يكن ما حدث إلا بداية فقط (٨).

فاذا أفادتنا طريقة المسح عن طريق العينة عن تنظيم الأسرة ؟ لقد كتبت كتب وتقارير مفصلة عن هذه المسوح، ولا يسمح المقام هنا بخلاصة وافية لها، ومع ذلك فإننا سنحاول أن نلقى الضوء على بعض النتائج المهمة التى كشفت عنها.

(١) فى البلاد النامية ينجب الناس أطفالا أكثر مما يريدون ، وباستثناء البلدان المتقدمة فإن أكثر الأسر الآسيوية ، وأسر أمريكا اللاتينية ، تنجب حوالى ستة أطفال . أما الأسر فى البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى فإنها تنجب من ستة إلى سبعة أطفال . وهذه الأرقام ليست إلا متوسطات تعكس يأس الشعب من إكمال عدد أفراد الأسرة إلى الحد الذى يريدونه .

وعلى سبيل المثال فإن هناك منطقة كالحزام من مناطق الإخصاب الزائدة جداً، يصل فيها حجم الأسرة إلى سبعة أطفال أو أكثر ، تمتد من غرب أفريقية فى غينيا ومالى إلى النيجر ونيجريا . وهناك مناطق ذات إخصاب زائد مماثل فى غرب وجنوب أفريقية ، بما فى ذلك : روديسيا الشمالية ، ورواندا ، وربما كينيا والسودان . وهناك منطقة ذات إخصاب أقل تتركز فى حوض الكونغو ، ويبلغ فيها حجم الأسرة الكاملة أقل من خمسة أشخاص وتدخل فيها الكونغو وجابون والكاميرون وجمهورية أفريقية الوسطى ، وربما يجب أن يلاحظ أن الإحصائيات السكانية فى أفريقية هزيلة جداً ، ولهذا فإن بعض الفروق المشار إليها لا يعتمد بها . وهناك فروق مماثلة تظهر فى آسيا وأمريكا اللاتينية ، ولكننا الآن بصدد البلدان ذات الإخصاب العالى أو العالى جداً .

وعلى النقيض من ذلك فإنه من النادر أن نجد بلدا يكون حجم الأسرة المرغوب فيه هو خمسة أو أكثر . وعادة فإن الأسر فى تلك المناطق ترغب فى ٣,٥ إلى ٤ أطفال ، وإذا ما عبر عن هذه الأرقام على معدل شكل الولادة الطبيعية ، ألا وهو عدد الولادات فى السنة فى كل ألف من السكان ، فإن المسح بين أن معدل الولادة فى تلك البلاد — حيث تبلغ معدلات الولادة من ٤٠ إلى ٤٥ أو حتى أكثر من ذلك — يكون فقط من ٢٥ إلى ٣٠ إذا ما أنجب الناس العدد الذى يريدونه من الأطفال . وعلى هذا فإن برنامج تنظيم أسرة ناجحا قد يؤدى إلى فرق كبير فى النتائج ، إذا ما ترك البلدان ذات معدل نمو السكان المعتدل إلى تلك التى يكون معدلها سريعا .

(٢) وارتباطا بذلك ، فإن نسبة لا بأس بها من الناس فى البلدان المتقدمة لا تريد أطفالا أكثر مما أنجبت ، وهذه النسبة تزيد كلما زاد عدد الأطفال الأحيـــاء .

ومن بين أولئك من ذوى الأطفال الثلاثة الأحياء فإن من ٢٠ إلى ٦٠ فى المئة أو أكثر منهم لا يريدون أطفالا أكثر من ذلك ، ومن بين ذوى الأطفال الأربعة الأحياء فإن من ٤٠ إلى ٩٠ فى المئة لا يريدون أطفالا أكثر من ذلك . ومن بين أولئك من ذوى الأطفال الخمسة الأحياء فإن من ٥٠ إلى حوالى ٩٥ فى المئة لا يريدون أطفالا أكثر من ذلك . وهذه المحاولات الواسعة يجب التأكد منها ، ولكن النتائج ذات المغزى تظهر أنه فى كل بلد هناك عدد لا بأس به لا يريدون أطفالا أكثر مما لديهم ، وهذه النسبة تزيد بسرعة كلما زاد عدد الأطفال الأحياء .

(٣) وعلى النقيض من ذلك فإن الزوجين العاديين فى البلدان النامية لا يعرفان إلا الشىء القليل جداً من علم وظائف أعضاء عملية التناسل فى الآدميين ، ومتى يحدث الحمل ، وعندهم معلومات محدودة عن الطرق النوعية لتنظيم الأسرة ، وقليل جداً منهم من يمارسها بالفعل . وإنه لمن المشجع أنه حينما أدخلت برامج تنظيم الأسرة ، تعلم الناس شيئا لا بأس به عن الطرق النوعية لمنع الحمل ، ويتعلمون على الأقل شيئا قليلا عن الحمل ، ومتى يحدث ، وتزداد نسبة اللاتى يمارسن التحكم فى النسل فى بعض الأحيان بشكل فجائى وفى أحيان أخرى ببطء ؛ ففى الصين الوطنية — وهى واحدة من أكثر البلدان النامية تقدماً — تزداد نسبة مستعملى موانع الحمل الحالية بأكثر من ٤٠ فى المئة من سنة ١٩٦٥ إلى ١٩٦٧ ، وبمعنى آخر ما يساوى ٢٣ فى المئة إلى ٢٥ر٥ فى المئة من النساء المتزوجات بين العشرين والرابعة والأربعين من العمر (١٠)

ولقد كان التغيير فى كوريا الجنوبية فجائياً بشكل مماثل بما يعادل نسبـــة

مئوية أكثر من الضعف ، ألا وهى من ٩ إلى ٢٠ فى المئة من سنة ١٩٦٤ إلى سنة ١٩٦٦ (١١) .

(٤) هناك نسبة عالية من الذين يوافقون على منع الحمل فى أغلب البلدان، ولكن الاختلاف كبير من بلد إلى آخر ، ومن منطقة إلى أخرى فى نفس البلد . وعلى سبيل المثال فإنه فى الصين الوطنية وافق ٣٠ فى المئة فقط على تنظيم الأسرة فى سنة ١٩٥٧ (فى تيابى وثلاث قرى (١٢) ، ولكن فى سنة ١٩٦٥ وافق أكثر من ٩٣ فى المئة (١٣) ، وكذلك فإنه فى منطقة صغيرة من كوريا تدعى كويانج وافق ٧٧ فى المئة فى سنة ١٩٦٢ ، ولكن بعد سنتين من إدخال برنامج تنظيم الأسرة زادت النسبة المئوية إلى ٩٧ فى المئة (١٤) .

وهناك دراسة حديثة فى مراكش تبين أن ٦٠ فى المئة من النسوة المتزوجات فى المدن يوافقن على تنظيم الأسرة ، ولكن المدى يتراوح من ٢٣ فى المئة فى إحدى المدن إلى ٧٦ فى المئة فى عاصمة البلاد (٥) ، وإنه لمن المهم جداً أن نلقى نظرة أخرى على المدن المراكشية فى المستقبل بعد أن يكون برنامج تنظيم الأسرة القومى قد سار فى طريقه لعدة سنوات ، وعندئذ يكون من الممكن تقويم أثر البرنامج فى تقديم المعلومات والخدمات إلى من يريدونها .

وهناك سؤال شائق يرتبط بذلك سئل فى فوثارام بتايلاند ، حول الرغبة فى نشر برنامج تنظيم الأسرة فى تايلاند كلها . وفى وقت المسح الأول سنة ١٩٦٤ فإن ٥٧ فى المئة وافقوا ، ولكن بعد تسعة أشهر بعد ذلك وافق ٩١ فى المئة (١٦) .

وقد تبين أن هناك شيئاً آخر مهماً ؛ وهو أن فعالية منع الحمل تزداد بشكل عظيم عند ما يبلغ عدد الأطفال الحد المرغوب فيه (١٧) . ويمكن أن يقال ذلك بطريقة أخرى ، وهى أن الأزواج الذين لم يصلوا إلى العدد الذى يريدونه من الأطفال ، يمارسون منع الحمل بغير حرص ، أو يكونون ناجحين نسبيا

كمارسين لمنع الحمل ، والآن وقد أصبحت هذه المعلومات متيسرة فإن النتائج لا تدهشنا ، فإن الزوجين عندما يوقتان لإنجاب أطفالهما ، فإن موانع الحمل تكون أقل فعالية ، لأنه فى العادة لا يكون الفرق ذا مغزى إذا ولد الطفل الآن ، أو بعد سنتين أو ثلاث سنين .

وكذلك فإن الأزواج الذين لم يقرروا إذا ما كانوا يريدون طفلين ، أو ثلاثة أو أربعة . هؤلاء قد يقولون إنهم لا يريدون أطفالا فى الوقت الحالى ، ولكنهم لن يمارسوا منع الحمل بطريقة فعالة إلا عندما يستقرون على العدد الذى يريدونه من الأطفال ، وعندئذ وفجأة يبدأون فى ممارسة منع الحمل بطريقة فعالة .

(٦) ولقد لوحظ دائما أن النساء الكبيرات فى السن ، وذوات الأعداد الكبيرة من الأطفال يكن أول من يوافق على تنظيم الأسرة .

ولقد تبين لنا من المسوح أن فعالية تنظيم الأسرة على عكس ما كان يظن كثير من الناس تكون عالية جدا إذا ما كانت المرأة كبيرة السن ، وذلك صحيح ، لأن المرأة التى تقبل أن يكون إخصابها أكبر من المتوسط ، إن هى لم تمارس منع الحمل ، فإنها ستنجب أطفالا عندما تكون فى سن كبيرة بالنظر إلى عمرها الإنجابى ، وأكثر من هذا فإنه فى البلدان التى حدث فيها انخفاض فى الإخصاب بدأ هـــذا الانخفاض فى النسوة الكبار ذوات العدد الكبير من الأطفال .

وعلى سبيل المثال فإن انخفاض معدل النسل فى الصين الوطنية أكثر من ٤٠ إلى أقل من ٣٠ ، بين سنة ١٩٥٩ وسنة ١٩٦٧ ، تعزى بالكامل إلى انخفاض الإخصاب بين النساء ذوات الأعمار الأكثر من ٣٠ سنة .

وتوحى المعلومات المستقاة من الولايات المتحدة أن امرأة فى المتوسط ذات سن أقل من ٢٥ تستعمل اللولب لمدة أربع سنوات ، وأن المرأة فى أواخر

العشرينيات من عمرها تستعمله لمدة أكثر من خمس سنوات ، وأن المرأة فى أوائل الثلاثينيات تستعمله لمدة سبع سنوات ، وأن المرأة فى أواسط وأواخر الثلاثينيات تستعمله حتى سن اليأس ، وكذلك فإن عدد أطفال المرأة يؤثر فى معدل استبقاء اللولب ، فبالنسبة للمرأة الصغيرة يكون متوسط زمن الاستبقاء ضعف ذلك الذى عند المرأة من ذوات الخمسة الأطفال أو أكثر ، بالمقارنة إلى تلك التى من ذوات الطفل الواحد أو الطفلين (١٨) .

ومعلومات مثل هذه توحى بأنه من المرغوب التركيز على النساء ذوات الأعمار الأكثر من ثلاثين سنة ، وذلك الوصول بتنظيم الأسرة إلى الحد الأقصى .

والاحتمال بعد ذلك كبير أن الاستعمال سيمتد إلى النسوة الصغيرات ذوات العدد القليل من الأطفال . وذلك بافتراض أن عدداً لا بأس به من النسوة الكبيرات ذوات العدد الكبير من الأطفال قد بدأن استعمال منع الحمل فى أعداد كبيرة .

وكذلك فقد لوحظ أن النساء يكن أكثر اهتماماً بتنظيم الأسرة بعد الولادة مباشرة أكثر من اهتمامهن بعد شهور عديدة منها . وعلى ذلك فإن أحسن وقت لتوجيه المرأة إلى التحكم فى النسل وإمكانيات تحديد عدد الأطفال هو وقت الولادة . وقد تكونت برامج عديدة على نطاق واسع لتوجيه النساء اللاتى قد ولدن لتوهن عن إمكانيات استعمال منع الحمل . وبرامج ما بعد الولادة هذه قد أثبتت نجاحا عظيما (١٩) .

والأسئلة الأساسية فى تخطيط السكان هى :

هل معدلات الولادة قد انخفضت أم لا ؟ وكم انخفضت ؟ ويدل عدد من الدراسات على أن أولئك اللواتى يعملن بنظام منع الحمل أصبحن ذوات إخصاب أقل عن ذى قبل ، بغض النظر عما إذا كن يستمررن فى الطرق التى

يختزنها فى ظل نظام برنامج تنظيم الأسرة أم لا . وقد دلت الدراسات فى الصين الوطنية أنه حتى مع أن الإخصاب كان يتناقص قبل البدء فى برامج تنظيم الأسرة ، فإن معدل التناقص قد زاد بشكل عظيم بعد إدخال برنامج تنظيم الأسرة (٢٠) . والمسح عن طريق العينة يبين أنه بين مجموعة من الموافقات على منع الحمل يتناقص الإخصاب بمعدل يبلغ ٨٦ فى المئة بالمقارنة إلى انخفاض أقل من نصف من هذا فى مجموعة متناظرة ، من حيث السن ، وعدد الأطفال ، والخصائص الاجتماعية والاقتصادية الأخرى (٢١) .

وقد لوحظت ملاحظات مماثلة فى واشنطن العاصمة بين مجموعة من النساء الفقيرات بينت أن أولئك اللاتى قبلن تنظيم الأسرة حدث لهن انخفاض أكثر فى الإخصاب (٥٩ فى المئة) أكثر من أولئك اللاتى لم يقبلن تنظيم الأسرة (٧ فى المئة) (٢٢) .

وإنه لمن المدهش أن يكون من الصعب أن نعرف كم من النساء يلدن أطفالا فى سنة معينة ، وكم من هؤلاء الأطفال يعيش لمدة عام واحد ، وأحد أسباب هذه المعلومات الهزيلة عن عدد المواليد أن كثيراً من النساء غير حريصات على التواريخ بدقة .

وفى كثير من الثقافات فإنه لا الرجال ولا النساء يحتفلون بعيد ميلادهم ، أو يحسون بمرور يوم ميلادهم ، ولاهم يفكرون متى يتم المولود سنة بالضبط ، أو بالأحرى يبدأ فى خطوة أخرى من خطوات حياته . كذلك فإن سنة ليست مقداراً موحداً من الزمن فى العالم كله ، فهى فى العالم الغربى ٣٦٥ يوما فى كل ثلاث سنوات من أربع ، وهى فى العالم الإسلامى ٣٥٤ يوما . أما عند اليهود فهى متغيرة ، وهى غالباً حوالى ٣٥٣ — ٣٥٤ أو ٣٥٥ يوماً ، وعندما يستعلم المرء عن الولادات ، وفى فترة معينة ، فهناك قابلية لإهمال وفيات الأطفال ، أو إلى تداخل الحوادث ، أو الظن أن حادثا قد وقع أكثر من عام مضى ، فى حين قد وقع الحادث فى السنة الماضية ، وكذلك فإنه من الصعب متابعة الناس عندما يتحركون ، خاصة لمدة عام كامل .

ولكل هذه الأسباب فإنه من الصعب جداً تقرير المستوى الدقيق لمعدلات الولادات والوفيات فى مجموعة ما من السكان فى سنة معينة ، والإحصاءات الحيوية ليست غير دقيقة إلى درجة تثير الضيق فى كثير من البلدان النامية ، ولهذا السبب وضعت سلسلة من المسوح عن طريق العينات بغرض عمل تقديرات لنمو السكان حالياً (٢٣) .

وتختلف الأساليب المستعملة اختلافاً واضحاً من مكان إلى آخر . ولا تزال دقة الأدوات المستعملة غير تامة . ومع هذا فإن تقدماً عظيماً يجرى صنعه . وبشىء من تركيز الانتباه فقط على هذه العناوين الرئيسية ، يصبح من الممكن أن نقرر مدى التغير (إذا كان هناك تغير) الذى يحدث فى مجموعة من الناس تحاول تقليل سرعة نموها السكانى .

خاتمة :

مامدى دقة هذه المسوح ؟ وهل يمكن الاعتماد على المعلومات التى تمدنا بها؟ وهل يمكن لهذه المسوح أن تتنبأ بما سيفعله الإنسان ؟ وكم من الأطفال سينجبون ؟ وهل سيمارس الناس منع الحمل أم لا ؟ حتى ولو قالوا إنهم لا يريدون مزيداً من الأطفال ؟ فى البلدان المتخلفة صناعياً حيث ينخفض مستوى التعليم تكون مستويات المعيشة غير كافية بشكل ظاهر ، وتخطيط حياة المرء مفهوم جديد ، فهل سيجيب الفلاحون عن الأسئلة الخاصة بآمالهم ومطامعهم ومخاوفهم ومثبطات عزائمهم ودقائق حياتهم الخاصة مثل تنظيم الأسرة ؟

وإن كثيراً من الناس ليتذكرون كم كان استفتاء مجلة « لترارى دايجست » غير دقيق بشكل ظاهر سنة ١٩٣٦ عندما حاول التنبؤ بنتيجة انتخابات الرياسة فى الولايات المتحدة . واليوم نعرف أن هذا المسح كان هزيل التخطيط ، وأن الأشخاص الذين أجابوا على الاستفتاء لم يكونوا ممثلين جيداً للمجموع ، وقبل كل شىء فقد أجرى تحليل النتائج بطريقة فجة ، وإنها لحقيقة

تاريخية شائقة أن نقول إنه بالرغم من العينة الهزيلة والتميز الظاهر فى أولئك الذين استجابوا للمسح ، فإنه كان من الممكن لمحال دقيق أن يصل إلى الجواب الصحيح إذا ما كان قد رتب المجيبين ببساطة بحسب طريقة تصويتهم فى الانتخابات الأخيرة ، ومنذ ذلك الوقت فقد استعملت المسوح فى جميع أنحاء العالم لخدمة العديد من الأغراض ، واستمرت الحكومة وأصحاب الأعمال فى الاهتمام بتلك المسوح ومساندتها ؛ لأنها تعطى معلومات مفيدة عما يفكر فيه الناخب ، وما يحبه المستهلك ، وما سيفعله بعد ذلك .

وكيف يكون جواب عن السؤال عن حجم الأسرة المرغوب فيه ذا معنى؟ وإلى أى مدى يمكن الاعتماد على الإجابات عن حجم الأسرة المطلوب فى وقت الزواج ؟ وفى منتصف الثلاثينيات بدأ « كيلى » دراسة عن التوافق الزوجى بين ثلاثمائة زوج فى أثناء الخطبة ، وسألهم كم من الأطفال يتوقعون إنجابهم ؟ وفى سنتى ١٩٥٣ — ١٩٥٤ أى بعد حوالى عشرين عاما أجرى بحث خاص على هؤلاء الأزواج الذين لم يتزوج أى واحد منهم أكثر من مرة ولم تكن عندهم مشكلة عقم ، ولم يتبنوا أى طفل ، وقد استنتج المؤلف أنه بالرغم من أن تقدير عدد الأطفال كان على درجة لابأس بها من الدقة . فإن الارتباط بين حجم الأسرة المرغوب فيه وحجمها الحقيقى جدا يبلغ ٣ر فقط .

وكانت النتائج غير مطمئنة . فقد ظهر أن صغار السن من المتعلمين تعليما عالياً فى الفترة التى تسبق الزواج مباشرة لم يتنبأوا بشكل جيد عن عدد الأطفال الذين سينجبونهم فى النهاية ، مع أنهم كانوا يعرفون كم من الأطفال يريدون .

وأكثر من هذا فإنهم بعد عشرين سنة لم يقدروا على تذكر ماذا كان رأيهم بدقة عن حجم الأسرة منذ عشرين سنة مضت ، مع أنهم متأكدون من أنهم يمكنهم أن يتذكروا . وإنه لما يمنحنا الارتياح قليلا أن الأخطاء الفردية تتجه إلى التلاشى ، ويكون المجموع دقيقاً بدرجة لابأس بها . ولكن الأمر ربما يكون أسوأ من ذلك بين غير المتعلمين من السكان الذين لم يعتادوا التفكير

التخطيطي . ويمثله هنا كيفية تحديد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم . هؤلاء الناس لم يعتادوا فكرة تحديد عدد أفراد الأسرة، ولم يعتادوا صياغة مطالبهم . وهم بالتأكيد لم يعتادوا إجابة أسئلة الغرباء .

وهناك دراسة أخرى بين الأمهات في الولايات المتحدة تعزز الرأي القائل إن الاعتماد على الاستجابات في فترة من الزمن إنما يكون متوسطة العلو فقط ، فقد استجوبت عينةمن الأمهات بعد الولادة الثانية بوقت قصير وأعيد استجوابها بعد ثلاث سنوات .

وبالنسبة إلى ما قررا عن استعمال أو عدم استعمال منع الحمل، فقد أجاب ٢٠ في المئة منهن إجابات متناقضة عن فترة ما بين الزواج والحمل الأول (حوالى النصف في اتجاه والنصف في الاتجاه الآخر) ولقد أجاب ١٥ في المئة منهن إجابات متناقضة عن استعمال أو عدم استعمال موانع الحمل في الفترة بين الحملين الأول والثاني ، ومرة أخرى كان التضارب موزعا بالتساوي . ومن بين أولئك اللاتي عانين من الإجهاض أجاب ثلاثة أرباعهن إجابات متضاربة غالبا ما تتضمن اختلافاً في التذكر لمدة شهر . ولكن ذلك التناقض كان بصدد الاختلاف في عدد الإجهاضات التي قررن أنهن عانين منها .

والتعليقات المذكورة فيما سبق هي مؤشر لقلة إمكان الاعتماد على بعض الأسئلة ، وعدم إمكان التحقق من الأخرى ، وهذا يجب ألا يحجب الحقيقة وهي أن كثيراً من المعلومات المفيدة قد استقيت من هذه المسوح ، ويمكن استقاء معلومات أكثر فائدة .

وإنه لمن الواضح أن هناك نسبة أساسية سواء من الرجال أو من النساء، يقولون إنهم يريدون أسرة ذات حجم محدود ، وبخاصة بعد الطفل الثالث أو الرابع .

هذه المعلومات ليس معروفة عادة للمفكرين ، ولا الطبقات العليا والمتوسطة،

ممن يخدمون بالحكومة أو الصفوة فى البلدان مثل الباكستان ، وتركيا ، وجمهورية مصر العربية ، وبعض بلدان أمريكا الجنوبية . ومن الوظائف المهمة لهـذه الدراسات إعلام العامة على اختلافهم ، وفى الحقيقة تحديد الاتجاهات بين مختلف الجماعات ، بين الصفوة ، وكذلك الاتجاهات فى قطاع عرضى للسكان ، وأكثر من ذلك فإن كثيراً من المسوح قد بينت أن التفاوت فى الإخصاب قد بدأ يعمل عمله فى عدد من البلدان لم تتبين فيه المعلومات المستقاة من التعداد .

وهناك بالطبع مشكلات تظهر عند استعمال هذه المسوح فى ميدان تنظيم الأسرة ، ولهذا يجب استعمالها بحذر ، مع أنها أداة عظيمة الأهمية بالنسبة لمديرى تنظيم الأسرة ، وبالنسبة للمخططين الاقتصاديين ، وكذلك بالنسبة للمجتمع ككل .

ملحوظات :

(١) الحصول على وصف لما يجب ان يحتويه جهاز تقارير جيد لبرنامج تنظيم الأسرة انظر دليل الخدمات الإحصائية فى تنظيم الأسرة لجون أ . روس ، وفريدريك ف. ستيفان ، ووالترب . وانسون (١٩٦٨) كذلك مقاييس وتقويم برامج تنظيم الأسرة القومية « مجلة » « ديموجرافى » المجلد الخامس رقم (١) سنة ١٩٦٧ .

(٢) برنارد بيرلسون (دراسات ك أ ب عن الإخصاب فى تخطيط السكان وبرامج السكان « لبرنارد بيرلسون وآخرين) مطبعة جامعة شيكاغو ، شيكاغو ١٩٦٦) .

(٣) نفس الكتاب السابق .

(٤) نتائج المسح القومى عن تنظيم الأسرة « الصادر عن وزارة الصحة والشئون الاجتماعية » (جمهورية كوريا ديسمبر ١٩٦٦) ص ٢١٠ .

(٥) بيرلسون (المصدر السابق) .

(٦) المرجع السابق نفسه .

(٧) المراحل الأولى لتنظيم الأسرة فى كوريا .

تأليف ت. أ. كيم وأ. ه . تشوى ،ك .س .لى ، ى.ر. كوه(سيول١٩٦٤) ص ٣٤ ونتائج المسح القومى عن تنظيم الأسرة (جمهورية كوريا ديسمبر ١٩٦٥) ص ١١٣ .

(٨) بيرلسون : انظر قبله .

(٩) دراسات عن الإخصاب — المعرفة والاتجاه والممارسة .

وباركر مولدين . دراسات فى تنظيم الأسرة رقم ٧ (١٩٦٥) .

(١٠) مركز الصين الوطنية للدراسات السكانية ، القسم الإقليمى الصحى للصين الوطنية « نتائج مسح م ك أ ب فى سنتى ١٩٦٥ ، ١٩٦٧ » تقرير مبدئى عن المسح ومشروعات البحث . رقم ٥١ (٢٧ مارس ١٩٦٨) .

(١١) وزارة الصحة والشئون الاجتماعية « نتائج المسح القومى لتنظيم الأسرة » (جمهورية كوريا ديسمبر سنة ١٩٦٦) ص ٢١٠ .

(١٢) أنماط الإخصاب فى الصين الوطنية « تقرير عن مسح عمل سنة ١٩٥٧ وأعيد طبعه فى مجلة العلوم الاجتماعية رقم ٨ بقلم س تشن ، ى وانج ، ف.ج فولى » .

(كلية القانون تيابى جامعة الصين الوطنية القومية) ١٩٦٣ (٧٥—٧٦).

(١٣) تقدم برنامج التحكم فى الإخصاب فى الصين الوطنية « بقلم ل . ب . تشو ، ت . س . هسيو » (مركز الدراسات السكانية للصين الوطنية والقسم الإقليمى الصحى للصين الوطنية أكتوبر ١٩٦٦) ص ٢١ .

(طبع على الآلة الناسخة) .

(١٤) « دراسة كوريانج » : نتائج اثنين من برامج العمل » بقلم سوك باج ، دراسات فى تنظيم الأسرة المجلد ١١ (أبريل ١٩٦٦) ص ٧ .

(١٥) المملكة المغربية ، سكرتارية الدولة للتخطيط وإنشاء الكوادر ووزارة الصحة . لجنة دراسة تنظيم الأسرة فى مناطق المدن ، الرباط (١٥ يولية ١٩٦٧) .

(١٦) تايلاند والصين الوطنية « تأثير البرامج بعد ثمانية أشهر » دراسات فى تخطيط الأسرة (١٣ أغسطس سنة ١٩٦٦) ص ٩ .

(١٧) فعالية موانع الحمــل كدالة لحجم الأسرة المطلوب « تشارلز ويستوف » فى كتاب « الطفل الثالث » تأليف تشالرز ويستوف وروبرت . ج . بوتر الصغير وفليب س . ساجى (برستون — نيو جرسى مطبعة جامعة برنستون ١٩٦٣) ص ٣٨ — ٤٤ .

(١٨) « استيفاء اللوالب : دراسة دولية مقارنة » بقلم و . باركر مولدين ودورتى نورتمان وفريدريك ف ستيفان . دراسات فى تنظيم الأسرة رقم ١٧ (أبريل ١٩٦٧) .

(١٩) البرامج الدولية لما بعد الولادة لتنظيم الأسرة .

— تقرير عن السنة الأولى » بقلم : جيرالد زاتوشى » دراسات فى تنظيم الأسرة رقم ٢٢ أغسطس سنة ١٩٦٧ .

(٢٠) مركز الصين الوطنية للدراسات السكانية : المركز الصينى الوطنى الإقليمى للصحة (تعجيل انخفاض معدل الإخصاب فى الصين الوطنية — أثر تعداد ١٩٦٦ التقرير المبدئى عن المسح ومشروعات البحث) رقم ٧ (١٥ يوليو ١٩٦٧) .

(٢١) مركز الصين الوطنية للدراسات السكانية ، المكتب الإقليمى الصينى الوطنى للصحة . التقرير الشهرى المشترك عن يناير وفبراير سنة ١٩٦٨ « برامج دراسة تنظيم الأسرة » ٧ (٦٨ — ١) — أبريل ١٩٦٨ .

(٢٢) استعمال الأزواج المتطابقة لتقويم برنامج قسم الصحة العامة لتحديد النسل بالعاصمة . بحث قدم إلى اجتماع الجمعية الأمريكية للاحصاء بقلم لويس.م. أوكادا (واشنطن العاصمة ديسمبر ١٩٦٧) .

(٢٣) تقدير سرعة نمو السكان ، بقلم و . باركر مولدين فى كتاب برنارد بيرلسون وآخرين ، تنظيم الأسرة والبرامج السكانية (شيكاغو : مطبعة جامعة شيكاغو أغسطس ١٩٦٥) الباب الخمسون ص ٦٣٥ — ٦٥٣ .

القسم الرابع :

خدمات استشارية دولية

٢٢

المؤسسات الأمريكية ومشكلة الإسكان

أوسكار هاردڤ

عرف العالم المؤسسات الخيرية منذ ما لا يقل عن ألف عام . ولكن ما يعمل منها فى التنظيم الأسرى والسكان يعتبر بوجه عام ظاهرة أمريكية حديثة العهد نسبياً . وهذه المؤسسات مؤسسات أهلية ، لاتهتم بالربح ، وتدار بواسطة مجلس إدارتها مباشرة ، وقد أنشئت لتسهم فى مساعدة كل نشاط اجتماعى وتربوى وخيرى ودينى وغير ذلك مما يخدم مصلحة المجتمع عامة . وتوجد بالولايات المتحدة ثلاث مؤسسات رئيسية تعنى بموضوع تنظيم الأسرة ، اثنتان منها هما مؤسستا فورد وروكفلر (وهما ذاتا نشاط عام ولكنهما تخصصان جزءاً من اعتماداتهما لهذا الميدان) . أما المؤسسة الثالثة فهى مجلس الإسكان (وهى مؤسسة أنشئت خصيصاً لهذا الوجه من النشاط) . وليس لمجلس السكان أموال رئيسية ولكنه يعتمد على اكتتابات من مؤسستى فورد وروكفلر وعائلتى روكفلر وسكايف ـ ماى بأمريكا . والنوع الآخر من الإسهام فى نشاط تنظيم الأسرة يأتى عن طريق الجمعيات الوطنية لتنظيم الأسرى التى تنضوى تحت لواء الاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة . وكلها وكالات تطوعية ، خاصة ، يأتى أغلب رأسمالها عن طريق التبرعات الشعبية ، وإن تلقت أخيراً بضع هبات كبيرة من الحكومة الأمريكية والمؤسسات الأخرى .

أصول اهتمام المؤسسات :

وقد بدأ اهتمام المؤسسات بموضوع التزايد السكانى منذ سنة ١٩٢٢ حين أنشئت مؤسسة سكريب لبحث مشكلات السكان . وعمل تحت لواء هذه

المؤسسة رواد ، مثل واين طومسون ، و ب . ك . ولبتون استطاعوا أن يسهموا بإسهامات هامة فى عام التخطيط السكانى المبنى على الدراسات الإحصائية لمشكلات التزايد السكانى . وفى عام ١٩٢٨ بدأ اهتمام مؤسسة ملبانك التذكارية بموضوع الإحصاء السكانى بضم البروفسور فرانك نوتشتين إلى وحدة بحوث السكان الملحقة بها . وفى عام ١٩٣٦ أقدمت على خطوة أكبر ، فقد أنشأت بجامعة برلستون قسما كاملا لبحوث تزايد السكان ، ووضعت البروفسور نوتشتين على رأس هذا القسم .

وكان أول إسهام من مؤسسة روكفلر فى موضوع التنظيم الأسرى فى ١٩٣١ ، حين قدمت منحة لمجلس بحوث مشكلات الجنس التابع للمركز القومى للبحوث .

وكان عام ١٩٥٢ عاماً هاماً ، فقد أنشأ جون روكفلر الثالث مجلس السكان ، وهو الهيئة الرئيسية التى تهتم بهذا الموضوع ، وفى نفس العام قدمت مؤسسة فورد أول منحة منها لهذا المجلس ، ولمكتب الوثائق السكانى ، وهو منظمة تجمع وتنشر المعلومات عن مشكلات الزيادة السكانية .

وقد قدمت بعض المؤسسات الأخرى منذ وقت قريب الهبات لأوجه النشاط التى تتصل بالبرامج الدولية لتنظيم الأسرة . ويدخل ضمن هذه المؤسسات مؤسسة الدعم التابعة للكومنولث وعدد من المؤسسات التى أنشأتها عائلتا ميللون وسكايف .

أما مؤسسة جوشيا ماسى التى تهتم اهتماماً خاصاً بالناحية الطبية التعليمية فقد كفلت أوجه النشاط التى تشجع على مشاركة الأطباء والقابلات فى مشروعات تنظيم الأسرة .

وتلعب مؤسسة باثفيندر دوراً رئيسياً فى التنظيم الأسرى على المستوى الدولى . وقد سجلت رسمياً كمؤسسة فى عام ١٩٥٧ ، مكملة ما بدأ مؤسسها

الفقيد كلارنس جامبل الذى عمل مع حفنة من الباحثين الميدانيين فى ٦٥ دولة لإقامة جمعيات محلية لتنظيم الأسرة ، وتوزيع وسائل منع الحمل وتقديم كل المعلومات عن وسائل تنظيم النسل .

المساهمة المادية :

تسهم مؤسستا فورد وروكفلر ومجلس السكان بقسط وافر من الاعتمادات المخصصة لمشروعات السكان وتنظيم الأسرة على المستوى العلمى ، ففى سنة ١٩٦٧ قدمت مؤسسة فورد ٢١ مليون دولار لأعمال السكان ، هذا إلى جانب ٢ر٥ ملايين دولار من مؤسسة روكفلر و٢ر٨ ملايين دولار من مجلس السكان . وفى نفس العام كانت ميزانية الاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة نحو ٤ ملايين دولار . وتبرعت حكومة السويد بمبلغ ٦ ملايين دولار والولايات المتحدة بتسعة ملايين دولار لبحوث السكان (فيما وراء البحار) والأمم المتحدة بمبلغ ٨ر١ مليون دولار . فاذا أضفنا إلى هذا ميزانيات المنظمات الأخرى التى لم تذكر هنا ، بلغ ما أنفق على بحوث السكان فى الدول النامية سنة ١٩٦٧ من حكومات أوروبا الغربية ، والمؤسسات العالمية ما بين ٥٥ و ٦٠ مليوناً من الدولارات ، وفى نفس العام ، بلغ ما خصصته الدول النامية التى تبنت مشروعات قومية لبحوث السكان ٨٠ مليوناً من الدولارات لهذه البرامج . وهذه الأرقام تمثل زيادة هامة فى الموارد المخصصة لأعمال السكان فى عام ١٩٦٦ عندما قدم الاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة والحكومات الغربية نحو ٣٧ مليوناً من الدولارات ، فى حين بلغ ما رصدته الدول النامية من ميزانياتها ٣٠ مليونا من الدولارات .

القاعدة الأساسية لتنظيم الأسرة:

لابد من أن نشير إلى أن ما ينفق من الأموال المخصصة لمشروعات السكان وتنظيم الأسرة وعلى توفير المساعدة الفنية والمادية مباشرة لا يعدو أن

يكون جزءاً بسيطا من هذه الاعتمادات . فى حين يذهب الجزء الأكبر منها لدعم القاعدة الأساسية لمشروعات تنظيم الأسرة ، وهو التدريب على بحوث السكان (التحليل الإحصائى والاجتماعى والاقتصادى لتغييرات السكان) ، وإنشاء إدارات لتنظيم الأسرة (ونعنى بذلك تنظيم برامج تنظيم الأسرة وتطبيقها ثم تقييمها) وينفق الجزء الباقى على بحوث بيولوجيا التكاثر .

وفى الأعوام الأخيرة أولت المؤسسات بصفة خاصة أولوية للبحوث الأساسية والتطبيقية فى مجال بيولوجيا التكاثر بهدف أساسى هو إيجاد وسائل لمنع الحمل تكون أكثر فاعلية ، وأرخص ثمناً ، وأسهل تقبلا عند الجمهور ، وتكون خالية من الآثار الجانبية المزعجة .

وتجرى أنشطة التدريب والبحوث ، التى تدعمها المؤسسات ، أساساً ، فى الجامعات أو فى معاهد متخصصة للبحوث فى شتى أنحاء العالم ، لعل من أكثرها تقدماً بحوث بيولوجيا التحكم فى الخصب، التى تجرى فى الهند والبرازيل وشيلى والمكسيك ، بالإضافة إلى ما يجرى منها فى أمريكا وأوربا .

مساعدة برامج تنظيم الأسرة :

ونتحدث الآن عن المناشط المميزة للمؤسسات لمساعدة برامج بحوث السكان فيما وراء البحار . إن مؤسسة روكفلر لا تقدم أية مساعدة استثنائية فى بحوث السكان من هيئة خبرائها ، ولكنها تكتفى بالعون المادى للمراكز المتخصصة فى ذلك . أما مؤسسة فورد التى تسهم إسهاما ماديا كبيراً فى هذا الحقل فهى لا تكتفى بدور الممول ، بل إنها تقدم حوالى أربعة وعشرين خبيراً من خبرائها يقيمون فى مختلف دول العالم النامية ، ويقدمون لها معونتهم الفنية .

وقدمت مؤسسة فورد أول خبرائها المتفرغين فى بحوث تنظيم الأسرة للهند عام ١٩٥٨ ، ومع تقدم برامج تنظيم الأسرة بهذا البلد أضافت المؤسسة

خبراء آخرين انضموا إلى نظرائهم الهنود . ثم قبلت المؤسسة دعوات من الباكستان وتايلاند وإندونيسيا ومصر وجامايكا وماليزيا وتونس والمغرب للإسهام المادى فى برامج تنظيم الأسرة بها . أما المساعدة الفنية فتقدم إما عن طريق المؤسسة مباشرة وإما عن طريق التعاقد مع مجلس السكان ومراكز بحوث السكان فى الجامعات الكبرى . وبالإضافة إلى ذلك يقدم مجلس السكان منحا دراسية أو تدريبية مع اهتمام أكبر ببحوث الإحصاء السكانى ، وتنظيم الأسرة، وبحوث تحديدالنسل التى يقوم بها باحثوها المتخصصون . ولدى المجلس ١٥ خبيراً متخصصا فى تنظيم الأسرة يقدمون معونتهم الفنية لتسع دول و١٠ مستشارين فى الإحصاء السكانى بثمان دول أخرى ، البعض منهم يعمل بالمجلس من خلال اتفاقات مالية مع المؤسسات الأخرى ، والبعض الآخر ينفق عليه المجلس من موارده الخاصة. وقدم هؤلاء الخبراء برنامجاً مشجعاًجداً فى كوريا الجنوبية وفورموزا تحت إشراف المجلس السكانى ومركز بحوث السكان بجامعة ميتشجان .

مدى الاستعداد :

وفى طاقة هؤلاء الخبراء أن يقدموا خدمات عديدة فى نطاق تخصصهم . ولكن هذا يتوقف على مدى استعداد الدولة المعنية للاستفادة ببرامج ضخمة لتنظيم الأسرة ، ويبدأ الثقل والاستعداد بحكومة وأطباء وأساتذة جامعيين ومواطنين بارزين ، كلهم مدرك لمدى خطورة مشكلات تزايد السكان ، ولكن هذا الاستعداد لا يبلغ هدفه إلا بوجود شعب معبأ تعبئـــة كاملة لفكرة إنقاص الخصب .

ويبدأ الإحساس بثقل « مشكلة السكان » عادة ، لأن هذه الزيادة تؤثر فى صحة ورفاهية الأسرة ، عندما تظهر مأساة الطفل غير المرغوب فيه، وزيادة نسبة مرض الأطفال والأمهات وموتهم نتيجة للحمل الزائد عن الحد، وزيادة نسبة الوفيات عند الأمهات اللاتى يمارسن الإجهاض غير القانونى ، والعبء

المادى الفادح الذى تلقيه كثرة الأطفال على الأسرة الفقيرة. أما مسألة ما إذا كان معدل نمو السكان أمراً طيباً أم سيئاً فى ضوء المعدل الإجمالى للتنمية الاقتصادية لأمة من الأمم ومركزها السياسى بين جيرانها فلنترك تقـــدير ذلك للخبراء الاقتصاديين والسياسيين. ولكن فى البلاد التى يوجد بها معدل مرتفع لنمو السكان فإن الموظفين الحكوميين الذين يحملون على عاتقهم عبء التخطيط لإنشاء مدارس كافية ومنازل كافية، وتوفير غذاء كاف، ووظائف كافية، سرعان ما يصطدمون بصعوبة توفير هذه الحاجات بكميات كافية تناسب الارتفاع الحاد فى السكان. بل إن بعض هذه البلدان قد وجدت نفسها مضطرة لاستيراد المواد الغذائية الأساسية لإطعام سكانها، بعد أن كانت تصدر جزءاً من المحصول. وحتى فى البلاد التى لا يعتبر فيها الغذاء الكافى مشكلة ملحة، فإنها تجابه مشكلات أخرى، كإيجاد مدارس كافية ومدرسين ذوى كفاية. ووجدت هـــذه البلاد أن عليها أن تنفق ما لا يرهق اقتصادها كى تنشىء المستشفيات ومراكز الصحة على نحو يفى بمتطلبات هذا العدد المتزايد من السكان.

وأسهمت كل هذه المشكلات فى العقد الأخير لإيصال الإحساس بالأزمة من الحكومات إلى الشعوب، وساعدت على إمكان نشر برامج قوية متكاملة لتنظيم الأسرة. ويبدأ هذا بمناقشات حامية فى الأوساط الحكومية يعقبها تبنى مشروع قومى رسمى لتحديد النسل. وهنا فقط يبدأ العمل كما عرفته دول كثيرة من آسيا.

إن تخطيط وتطبيق ثم تقويم برنامج قومى رسمى لتنظيم الأسرة يشكل تحدياً كبيراً، خصوصاً فى مجتمع زراعى لم يخط بعد خطوات ملموسة فى طريق التقدم والتصنيع.

برنامج المسح السكانى والطبى:

تتجنب المؤسسات الكبرى القيام بدور تبشيرى فى تنظيم الأسرة بالبلاد التى لم تتبن حكوماتها سياسة رسمية فى هذا الصدد، تاركة هذا الدور لمواطنى

البلاد أنفسهم ، الذين يستطيعون — بتكوين جمعيات تطوعية لتنظيم الأسرة — القيام بهذه المهمة على وجه أكمل . ولكن المؤسسات لم تكتف بدور المتفرج ، بل أسهمت فى هذه المرحلة بالمساعدة الفنية والمادية لبعض نواحى البحث والتدريس فى مجال تنظيم الأسرة ، ومنها تشجيع الدراسات الكافية التى تمكن باحثى قطر ما من أن يقدموا — بواسطة حسابات دقيقة لعدد السكان وكيفية تكوينهم وتوزيعهم — احتمالات نمو السكان فى المستقبل ، كى تساعد هذه البحوث مخططى الاقتصاد القومى على توزيع أكثر إحكاما لموارد بلدهم المحدودة ، واضعين فى حساباتهم التغيرات السكانية فى المستقبل .

وكما ذكرنا ، يكون الطبيب هو أول من يشعر بالأثر السيىء لزيادة مرات الحمل على الأم والطفل . وتقدم المؤسسات فى بعض دول أمريكا اللاتينية منحا مخصصة لبرامج البحث العلمى فى كليات الطب تستوعب بحوثا تدرس أثر استخدام وسائل منع الحمل على نسبة الإجهاض ، كما تقوم هذه البحوث درجة التأثير والأمان للأدوية المانعة للحمل ، ومدى استجابة المواطنين لها . ولذا كان على كل بلد كبير أن يحشد عدداً من علمائه البيولوجيين البارزين لتقويم احتياجات مواطنيهم من موانع الحمل ومدى صلاحيتها للاستعمال . فلا يكفى أن يكون مانع الحمل مأموناً ومنتشراً فى الولايات المتحدة حتى نطبقه على نطاق عالمى ، بالإضافة إلى مشكلة اختلاف درجة تقبل الجمهور لمانع الحمل تبعا لدرجة الثقافة ، وضرورة أن تكون جرعة الدواء متناسبة مع الاختلاف فى فسيولوجية الجسم كالوزن والحالة الغذائية لمن سيقدم لهم هذا الدواء .

رسم خطة العمل :

ولقد أسهمت المؤسسات التى تتبنى جهود تنظيم الأسرة فى البحوث التى تختبر مدى استعداد السكان لتقبل تطبيق وسائل تحديد النسل عليهم . وقد شجعت هذه المؤسسات — وعلى رأسها مجلس الإسكان العالمى — الجماعات

التى تبحث فى الدعاية لتحديد النسل ، ودراسة تقبل السكان ، وأحسن الطرق لتطبيقه فى البلاد النامية . وقد قامت فى المكسيك جماعة متخصصة من هذا النوع ترعاها مؤسسة فورد ماليا وفنيا ومؤسسة البحث الاجتماعى الكاثوليكية ، وتقوم على دراسة المواقف المختلفة لمجموعات كاثوليكية متعددة تجاه حجم الأسرة ووسائل تحديد النسل .

وحين تقرر حكومة بلد ما أنها على استعداد لتبنى برنامج قومى لتحديد النسل ، ، فإن أول ما تقوم به هو مطالبة المؤسسات العالمية المختصة بأن تكون مجموعة من الباحثين الممتازين ، وأن تقوم هذه المجموعة بدراسة ميدانية لهذا البلد حتى تقوم موقف البلد من ناحية النمو السكانى وتقدم توصياتها التى يخطط على أساسها البرنامج القومى . ويقوم المجلس السكانى بالدور الأكبر فى إنشاء هذه المجموعات الدارسة التى تتكون عادة من أساتذة بالجامعات والمعاهد الأخرى ، بالإضافة إلى أعضاء من موظفى المجلس نفسه ، وتعمل هذه المجموعات فى باكستان وتركيا وكينيا وإيران على تقديم المساعدات التدريبية لأجهزة هذه البلاد ، وعلى الأقل فى مراحل نموها الأولى ، وبعدها يأخذ التطبيق سيراً يختلف بالنسبة لكل بلد وظروفه .

الاستفادة من هبات المؤسسات :

يصبح دور المؤسسات العالمية ماليا وفنيا هاما ومطلوبا حين تقرر إحدى البلاد البدء فى برنامج رسمى قومى لتنظيم الأسرة . ولقد ظلت هذه المؤسسات تلعب الدور الأساسى فى تقديم العون المادى لهذه البرامج حتى اشتركت حكومتا الولايات المتحدة والسويد فى تقديم المعونة لها . ومع هذا فسوف يظل الاحتياج لهذه المؤسسات قائماً وماساً .

وتفضل المؤسسات العالمية القيام بدور الممول بالعملات الصعبة لهذه البرامج ؛ فهى تقدمها فى شكل منح للدراسة بالخارج أو مرتبات لخبراء أجانب

ـــ وبدرجة أقل ـــ فى شراء معدات وأجهزة من الخارج . وقد تستعمل بعض الدول هذه الاعتمادات فى بدء العمل ببرامجها حين لا تكون الحكومة قد خصصت مبلغا لتنفيذ البرامج بعد ، على أساس أن تتدارك الحكومة هـــذا وتعوضه فى ميزانية الأعوام التالية ، وبأسرع ما يمكن .

نوعية الارشادات :

وتقدم المؤسسات خدمات إرشادية فى كل مشروع لتنظيم الأسرة . وتقسم هذه الخدمات إلى قسمين : أولها يتعلق بالنصائح العامة التى تدور حول إدارة برنامج تنظيم الأسرة ، وثانيهما أكثر تخصصا . وينصب على الفروع الأكثر دقـــة ، مثل الإحصاء الحيوى ، وطرق التقويم ، وتصنيع وتوزيع وسائل منع الحمـــل ، وإنشاء العيادات ، ووسائل التدريب ، والتثقيف الجماهيرى .

ويجمع كل المهتمين بتقدم برامج تنظيم الأسرة على أن نجاحها يستند إلى دعامات عدة : أولاها تكوين جهاز تنفيذى دقيق ، وتنسيق كل الوحدات القائمة بالعمل وربطها فى جهاز واحد دقيق يقوم على اختيار وتجنيد وتدريب عدد كاف من العاملين على مستوى لائق كماً وكيفاً وتخصصاً يستطيع توصيل إمدادات من موانع الحمل إلى أماكن احتياجها ، وأن يبلغ النصائح المتعلقة بموضوع تنظيم الأسرة إلى كل من يجب أن يستمع إليها . ثم يقدم المعلومات الكافية عن نظام سير العمل بالبرنامج حتى يمكن تقويمه وتقدير مدى نجاحه فى تحقيق أهدافه .

وحتى يسير هذا كله على النحو المطلوب يجب أن يمنع الجهاز الإدارى المركزى للمشروع أى إعاقة فى العمل قد يسببها موقف اقتصادى أو سياسى ، ويجب أن تكون الخطوة التى يسير بمقتضاها العمل مرنة تسمح بأى تغييرات لى توائم أى انخفاض مؤقت فى مدى تقبل الجمهور لها .

ومن المؤكد أن أصعب الجهود وأكثرها مساعدة على إعطاء أفضل النتائج — إذا أديت بنجاح — هى إبداء النصائح التى تؤدى إلى تحسن فى مستوى العمل بوجه عام . وبالعالم قلة من الأفراد الذين يملكون الشخصية والدربة والخبرة التى تمكنهم من إسداء مثل هذه النصائح على وجه أكمل . فالم يؤت مثل هذا الخبير الأجنبى الحنكة الكافية ليدرك أنه قد أتى البلد المضيف كى يتعلم بقدر ما يعلم ، فقد يحدث أن تنظر إليه السلطات المحلية كتهديد وتجد لها أكثر من نظرتها إليه كمساعد . فمهمة خبير تنظيم الأسرة ما زالت فى طفولتها ولا يكفى أن يكون المرء خبيراً فى الإسكان والصحة العامة كى ينجح فى مجال تنظيم الأسرة . وعلى هذا ، فبالعالم قلة — ثمينة — من الخبراء الذين يستطيعون تطبيق برنامج تنظيم الأسرة على مستوى بلد كامل ، بقدر كبير من النجاح ، ولكن الموقف يكون أسهل كثيراً إذا طلب منهم إسداء النصائح فى بعض النقاط الفنية لبرنامج تنظيم الأسرة ، خاصة إذا كانت هذه المعلومات نادرة فى البلد المضيف ، كما يحدث مع علماء الإحصاء الذين تستعين بهم الدول لعمليات التقويم ، ويرجع هذا إلى أهمية هذه العمليات ، فإن طريقة جمع وتحليل النتائج التى تظهر التغيرات الضئيلة فى نسبة المواليد إثر تطبيق برنامج تنظيم الأسرة ، يشكل تحدياً هائلا بالنسبة للبلاد المتقدمة والنامية .

ولعل أثر المؤسسات العالمية لتنظيم الأسرة كان واضحاً جداً فى مجالين من مجالات العمل ، هما تدريب الأفراد ، والدعم المالى . فتدريب أفراد متخصصين فى تنظيم الأسرة ببلد ينقصه الرجل المدرب عموماً ، يعتبر عملا كبيراً وهاماً . وفضلا عن ذلك فإن الخبير الضيف يستطيع تقديم معلومات جديدة تجعل البرنامج أكثر أثراً ونفعاً . ومن أمثلة المساعدات الفنية ما قدمته مؤسسة فورد من خبراء لتايلاند حيث يعملون مع زملاء من مواطنى هذه البلاد لتدريب العاملين ببرنامج تنظيم الأسرة . ومن أبرز ما يقوم به هؤلاء الخبراء ذلك النشاط الدعائى للمشروع بين أهالى البلاد ، واضعين فى حساباتهم

الاختلافات فى صيغة التنفيذ التى يحتمها اختلاف الموقف ، والاحتياجات بين هذه البلاد والبلاد الغربية .

بناء المعاهد :

ولكن العمل الذى أثبتت الايام أهميته للمؤسسات العالمية هو مشاركتها ومساعدتها للأمم النامية فى بناء المعاهد المحلية التى سوف تتسلم العمل من الخبراء الأجانب ، وتستمر فيه بعد عودتهم لبلادهم ، وبعد أن تنتهى الاعتمادات المالية للمؤسسات ، تسهم مثل هذه المعاهد فى تدريب خبراء وطنيين فى برامج تنظيم الأسرة .

ويستعاض عن هذه المعاهد فى حالة عدم وجودها بمنح تدريبية بأمريكا وغيرها من الدول المتقدمة لأفراد تسند إليهم بعد عودتهم مناصب إدارية وتعليمية قيادية ولمثل هذه المؤسسات أن تفخر بأن كل شخصية رئيسية فى أى مركز يعد للتدريب على تنظيم الاسرة والإسكان ، قد تلقى منحة تدريبية فى إحدى البلاد المتقدمة من إحدى هذه المؤسسات .

على أنه كلما زاد عدد المعاهد المحلية تضاءل الدور الذى تلعبه الخبرة الأجنبية حتى تنحصر فى تدريب حفنة صغيرة من الخبراء المحليين الذين يحتاجون إلى درجة عالية من الخبرة والتخصص تقدمها لهم مراكز تدريبية متخصصة بالخارج .

الخلاصة

حاولت فى هذه المناقشة أن أوضح دور المؤسسات فى الجهد العالمى للحد من نسبة تزايد المواليد ، وأن أبين ما قدمته المؤسسات حتى تفى بدورها هذا .

ولكن كبرى المؤسسات العالمية فورد و روكفلر ومجلس السكان لا تستطيع أن تفخر بأنها قد قامت بدور طليعي فى إرساء قواعد برامج تنظيم

الأسرة بالرغم من المعارضة الشديدة له ؛ فقد كان هذا دور المجموعات المحلية المتطوعة فى برامج تنظيم الأسرة . وبالرغم من أن المؤسسات العالمية قد قدمت فى هذا الحقل إسهاما ماديا وبشرياً أكبر مما قدمته بقية المؤسسات، عامة كانت أو خاصة ، فمن المنتظر أن تتدفق عليها البرامج التى تمولها الحكومات المحلية ، ودعنا نأمل فى مساهمة أكبر لا تتأخر كثيراً عن الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصـــــة .

ولـكن كل هذا لن يجعل من إسهام المؤسسات العالمية عملا ثانويا محضا ، فسوف تكون لها دائما ميزة عدم انتمائها السياسى ، وحصانتها من كل تغيرات سياسية ، فى بلادها ، وفى البلاد المضيفة ، كما تمتاز بقدرتها على تخصيص جهد مادى وبشرى لمدد طويلة فيه (لا ينتظر الخبير تطوراً يذكر فى مدة قصيرة كعشر سنوات) . ويساعد احتكاك هـذه المؤسسات الدائم وقربها من المجتمع الأكاديمى — فى الداخل والخارج — على حفز الهمم نحو مزيد من البحث الذى لا يعرف الكلل لاكتشاف وسائل تؤدى إلى خفض دائم ومستمر فى نسبة المواليد ، وعلى تقويم هذه النتائج تقويما موضوعيا ومستمراً .

٢٣

الاتحاد العالمي لتنظيم الأبوة: مؤسسة عالمية رائدة

كوليفيل ريفيرلي

أنشىء هذا الاتحاد عام ١٩٥٢ بمقتضى قرار أصدره المؤتمر العالمي الثالث لتنظيم الأسرة الذى عقد فى بومباى ، وهو اتحاد يتكون من أكثر من خمسين جمعية وطنية مستقلة وأهلية لتنظيم الأسرة ، ويعمل على مستوى قطرى يجمع بينها جميعا اعتقاد جازم بوجوب إرشاد الآباء والأمهات إلى كل ما يتعلق بوسائل تنظيم أسرهم . ويؤمن الاتحاد بأن له دوراً أشمل بكثير من المستوى الأسرى الفردى . هذا الدور هو محاولة توازن بين تعداد العالم وموارده الطبيعية ، وهو التوازن الذى يؤدى تحقيقه إلى سلام ورخاء وسعادة الجنس البشرى . ولن يتم هـــذا التوازن الحيوى إلا إذا قام نظام دقيق لتنظيم الأسرة ، بالإضافة إلى وسائل أخرى صعبة ومعقدة .

ويقوم الاتحاد بجهود كبيرة حتى يحقق هدفه هذا ، فهو يساعد على تكوين جمعيات تنظيم الأسرة فى مختلف أقطار العالم ، ويشجع تدريب الأطباء والمتخصصين فى النواحى العملية من البرنامج ، ويشترك فى المؤتمرات والندوات العالمية والإقليمية والقطرية التى تناقش برامج تنظيم الأسرة .

ويساعد الاتحاد — فى حدود إمكانياته المادية — على تنشيط البحث العلمى فى مجالات البيولوجيا ، وجغرافيا السكان ، وعلم الاجتماع ، والاقتصاد ، ودراسة الجذور النفسية والذاتية لتكاثر الإنسان ، ووسائل منع الحمل ، وتعلم مبادىء الجنس ، ونصائح ما قبل الزواج .

وعموماً فإن أهداف المجلس هى حث الأفراد على تبنى نهج من الحياة يكون تنظيم الأسرة دعامة أساسية فيه ، والتشجيع على تكوين جماعات شعبية لتنظيم النسل مهما فى نشر الوعى التنظيمى عند أفراد الشعب ، مما يؤدى فى النهاية إلى إلزام الحكومات المعنية بأن تلعب دورها كاملا فى هذا الحقل .

وانطلاقا من اهتمام الاتحاد الأساسى بحقوق وحاجات الفرد والأسرة ، فهو يؤمن بأن برنامج تنظيم الأسرة يجب أن يكون جزءاً أساسيا من أى تخطيط سليم لأى برنامج وطنى لخدمات الأم والطفل الصحية ، وحين تكون الخدمات الصحية من مسئولية الحكومة والسلطات المحلية ، فعليها — منطقياً — إمداد احتياجات برامج تنظيم الأسرة .

ويربط الاتحاد بين الخدمات الصحية وبين تنظيم الأسرة . فهو يرى أن خفضا مناسبا فى نسبة وفيات الأطفال يخلق مناخا نفسيا يكون أسهل تقبلا لفكرة تحديد النسل . ومما يؤسف له أن ضعف مستوى الخدمات العلاجية فى البلاد النامية عموماً ، وبالذات خارج المدن الكبيرة ، هو الذى يؤثر تأثيرا سيئا فى برنامج تنظيم الأسرة .

ويتبع الاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة وسائل تهدف إلى تحقيق هدفه الشامل ، وهى :

١ — تشجيع تكوين اتحادات محلية لتنظيم الأسرة فى جميع أنحاء العالم .

٢ — إيجاد تنظيم عالمى يعبر عن أهداف أو نشاطات هذه الاتحادات المحلية ، والمساهمة مع الأمم المتحدة والمنظمات العالمية والإقليمية والحكومية الأخرى .

٣ — الاستعانة بمراكز الاتحاد وفروعه الإقليمية لتزويد المنظمات المحلية بالمعونة العلمية والفنية والتدريبية والمادية إلى أن تقف هذه الجمعيات على قدميها — على الأقل — من الناحية الاقتصادية .

٤ — إنشاء مراكز إقليمية حتى تساعد على تكوين جمعيات فى الأقطار المتاخمة .

٥ — التأكيد على أهمية التمثيل العالمى والإقليمى للاتحاد .

٦ — السعى — إما مباشرة وإما عن طريق الجمعيات المحلية التى تنضوى تحت لواء الاتحاد — على حث الحكومات وقادة الدول على تبنى مشروعات تنظيم الأسرة .

قيام الاتحاد — بواسطة علمائه من الأطباء والأكاديميين على توفير معاونة فعالة من الأطباء خاصة ، والمثقفين عامة .

٨ — شحذ الاهتمام العالمى ببرامج تنظيم الأسرة عن طريق الصحف ، والاجتماعات الدولية والإقليمية والمناقشات الخاصة، ووسائل الدعاية البصرية، كالسينما ، والتليفزيون ، ونشر الكتب ، والمجلات الدورية على المستويين العالمى والمحلى .

٩ — تشجيع التجارب العملية على الوسائل الجديدة لتحديد النسل والتأكيد على أهمية البحث والتقويم .

١٠ — تقبل المساعدات المالية للاتحاد ولفروعه ، على ألا يؤثر هذا فى استقلاله ونظام تسييره الذاتى .

وعلى هذا يمكن الخروج بأن للاتحاد ثلاثة أهداف رئيسية هى :

أ — الوصول إلى تقبل عالمى كامل لمبادىء تنظيم الأسرة .

ب — إنشاء جمعيات رائدة لتنظيم الأسرة حتى تفى بحاجة أساسية ،وحتى تخلق وعياً وتقبلا شعبياً .

حـ — إقناع الحكومات فى النهاية بتقبل وتحمل مسئولية برنامج لتنظيم الأسرة يكون جزءاً لايتجزأ من خدمات الدولة الصحية .

وقد يون لهذا الجانب الخيرى التطوعى من برامج تنظيم الاسرة أثر أقوى فى تطبيقه الشامل ، على مستوى رسمى فيما بين عشرين إلى ثلاثين دولة تأثرت حكوماتها بالجهود الذاتية لجماعات تنظيم الأسرة المحلية . وفى الحالات النادرة جداً التى لم تسهم فيها الجماعات المحلية بدور فعال لم يبخل الاتحاد العالمى بالنصيحة حين طلبت منه .

وقد صاحب الزيادة الملحوظة فى عدد حكومات الدول النامية التى تحتضن مشروعاتها لتنظيم الأسرة ، زيادة مماثلة قوبلت بالترحاب ، فى المساعدات الفنية التى تقدمها الدول المتقدمة والأمم المتحدة . ولكن هذه المشاركة لا تعنى بالضرورة نجاحا أكبر لبرنامج تنظيم النسل ، وخصوصاً فى بعض بلاد أمريكا اللاتينية والقارة الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى ، حيث لم يساعد وعى الشعب على تبنى الحكومات مثل هذه البرامج بصورة علنية ورسمية . وهنا يأتى دور الاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة . فهو مؤسسة مالية مستقلة، نظام إدارتها ديمقراطى لا تنطوى على أى أغراض سياسية ، ودورها هنا هو مد مثل هذه البلاد بالخبراء وبالمعونة الفنية والمادية حتى يخلق الظروف المواتية لإسهام الحكومات المحلية . وهو بذلك يقوم بدور هام قد لا تستطيع مؤسسة أخرى القيام به بهذا القدر من الكفاية .

ويدير شئون هذا الاتحاد مجلس إدارة مكون من ٥٧ عضوا منتخبا من منظماته الإقليمية الخمس ، بالإضافة إلى مالا يزيد على عشرة أعضاء مساعدين عند اللزوم .

ويشرف على التنفيذ مجلس تخطيطى تنفيذى ، يختار وفقا للتوزيع الإقليمى ، ويوكل إليه تنفيذ القرارات التى تتخذ فى الجلسات العامة . وتتبع مجلس الإدارة لجنتان :

أولاهما اللجنة الطبية ، وهى تزود المجلس بمشورتها فى النواحى الطبية ،

فضلا عن مسئوليتها فى بحوث موانع الحمل ، وتنظيم الأقسام الطبية بالمؤتمرات الدولية .

وثانية هذه اللجان هى لجنة العلوم الأساسية ، وتقدم لمجلس الإدارة أخبار أحدث البحوث فى التناسل ، كما تنظم الجلسات العلمية بالمؤتمرات الدولية .

ولتسهيل سير العمل انقسم الاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة إلى خمس مجموعات إقليمية فى أوربا ، والشرق الأدنى (بخاصة دول شمال أفريقية) ، ومركزه الإدارى فى لندن ، وفى إقليم المحيط الهندى تتبادل الدول استضافة مركزه الإدارى ، وهو حالياً فى باكستان ، ومكتب جنوب شرق آسيا ومركزه سنغافورة ، ومكتب نصف الكرة الغربى ومركزه نيويورك . أما المكتب الإقليمى الذى يدير منطقة غرب المحيط الهادى فمركزه طوكيو .

وتتبع أفريقية ، جنوب الصحراء الكبرى إداريا ، مركز لندن بصفة مؤقتة مع وجود مكتب إقليمى لشرق ووسط أفريقية بنيروبى .

وتدار المراكز الإقليمية بمجلس يتكون أعضاؤه من جمعيات تنظيم الأسرة المحلية ، وينتخب هذا المجلس ممثلون فى مجلس الإدارة الرئيسى ولجانه . ومن أهم اختصاصات المراكز الإقليمية : تنظيم المؤتمرات الإقليمية والخدمات العامة ، وتشجيع تكوين جمعيات جديدة لتنظيم الأسرة . كما تقدم معلوماتها لمجلس الإدارة العالمى فيما يختص بكمية المساعدة المالية المطلوبة ، ومدى كفاية توزيع موانع الحمل ، والنشرات الدورية ، وتساعدها فى ذلك لجان طبية من المزمع الإكثار منها ومن غيرها من اللجان المختصة .

وبالإضافة إلى مساعدة هذه المراكز الإقليمية لجمعيات تنظيم الأسرة المحلية ، تقوم بدور الناصح والمرشد للمعاهد الجامعية والمستشفيات ، بل وللأطباء بالأماكن النائية ، الذين يعتبرون مثل هذه المراكز ملجأهم الوحيد فى شئون تنظيم الأسرة .

وقد تركزت غالبية جهود الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة — حتى عهد قريب — في آسيا حيث يقيم ٨٠ ٪ من سكانها في بلاد اتخذت حكوماتها موقفا إيجابيا من برامج تنظيم الأسرة . وقد حفز الحكومات على الوقوف مثل هذا الموقف إحساسها بثقل وطأة زيادة السكان على موارد البلاد ، بالإضافة إلى سلوك هذه البلاد طريقا أكثر عصرية وتقدما .

وقد بذلت جهود كبيرة ومشجعة لإنشاء جماعات جديدة لتنظيم الأسرة في أمريكا اللاتينية — بالرغم من العقبات الدينية ، وفي أفريقية ، جنوب الصحراء الكبرى بمعظم أجزائها ، ولا تصادف الجهود مقاومة تذكر ، إذ كانت خيرية مبنية على التطوع ، ولكن موقف الدوائر الحكومية في هذه البلاد لم يتعد مرحلة السماح إلى مرحلة الاشتراك الفعلي .

على أن هناك عقبات أخرى تحول دون تنفيذ مثالي لبرامج تنظيم الأسرة ، ففي كينيا مثلا وافقت الحكومة بترحاب على برنامج تنظيم الأسرة بها ، ولكن التنفيذ اصطدم بعقبة كبيرة ، هي نقص الأطباء في الأرياف . وسيشكل هذا النقص صعوبة في التنفيذ ، ما دامت وسائل تحديد النسل الحالية تحتاج إلى شيء من الرقابة الطبية .

ومن العقبات الأخرى التي يصادفها برنامج تنظيم الأسرة في أفريقية ، صعوبة إقناع الأسرة الصغيرة بجدوى تحديد النسل ، إما بسبب ارتفاع نسبة وفيات الأطفال ، وإما للفائدة الاقتصادية التي يجنيها الأب من كثرة أطفاله ، حين يساعدونه في أعمال الحقل ، وحين تسهم كثرة عدد الأسرة في إعطاء الأمان الاجتماعي لها . ويساعد على هذا أيضا فقر وجهل ، بل وفي بعض الأماكن ، تعدد الزوجات ، وإن كان هذا التعدد — بالرغم من كل عيوبه — يريح الزوجة من حمل آخر في أثناء إرضاع وفطام المولود الجديد .

وبالرغم من كل هذه العقبات ، فمن الملاحظ أنه كلما سار المجتمع شوطا

نحو التقدم ، كالحال فى كينيا ، زاد وعى الأمهات — وبالذات فى الأرياف — تجاه تحديد النسل ، يساعد على ذلك كله الاهتمام بترسيخ أساس ملكية الأرض والتحول إلى الاستقرار بالأرض المزروعة بما يؤدى إلى التأكيد على أهمية تنظيم الأسرة على نحو يتكافأ مع اقتصاديات الأرض واحتمالات التحول إلى وسائل أخرى — غير الزراعة — فى كسب الرزق . بالإضافة إلى هذا يجب ألا نغفل الواقع القبلى الذى يعمل فى هـذه البلاد خفية ، كما يعمل فى كثير غيرها .

بالرغم من كل هـذه الصعوبات فى التطبيق ، إلا أن المعارضة الدينية لبرامج تنظيم الأسرة بأفريقية بسيطة ، بل لقد ظهر وعى متزايد فى بعض البلاد بأن الولادات المتكررة السريعة قد تؤدى إلى أمراض غذائية خطيرة مثل الكواشيوكور[1] .

وبالرغم من أن كثافة السكان لم تصبح بعد مشكلة خطيرة ، ما عدا فى بعض البلاد ، إلا أن نسبة زيادة السكان الحالية بأفريقية ، وهى حوالى ٣ ٪ سنويا ، تخلق عدم توازن فى تكوين أعمار السكان ، وتزيد من العبء الملقى على اقتصاد البلاد الذى ينمو بدرجة لا تكفى لرفع مستوى المعيشة .

وعلى الرغم من أن الجهود الخيرية التطوعية لا تكفى للوفاء بحاجة القارة الأفريقية ، إلا أن سياسة الاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة تهتم بتشجيع وتغذية نشاط المجموعات والمراكز ، بل والأفراد المحليين القائمين على عملية تنظيم الأسرة ، حيث يقدمون إسهامات محدودة حين تشتد الحاجة إليها ، وحيث

---

(١) مرض سببه نقص بالبروتين ، يكون الطفل فيه متورما ذا شعر هش يميل إلى الاصفرار ، وكبد متضخمة كسول . وتقرحات بالجلد ، مع ضعف فى مقاومة الأمراض قد يؤدى إلى وفاته مالم يعالج بسرعة .

(المترجم)

يساعدون على خلق الوعى الجاهيرى اللازم لبدء عملية التحول . ولو أسهمت فى تغذية هذه البرامج جهود الامم المتحدة بإسداء النصائح الهادفة للحكومات الأفريقية ، فيما يتعلق بالنتائج السكانية والاقتصادية لمشروعات الإسكان ، وتنظيم الأسرة ، فسوف يكون هناك أمل له ما يبرره فى تبنى مزيد من الحكومات الأفريقية لسياسات مستنيرة فى مجال تنظيم الأسرة .

وللاتحاد العالمى الآن فروع فى كينيا ، وأوغندا ، وتانزانيا ، وروديسيا ، وجنوب أفريقية ، ونيجيريا ، وغانا ، وسيراليون ، كما تسهم جمعيات أخرى فى إثيوبيا وزامبيا وليبريا وبتسوانا وليسوتو .

وقد شهدت أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبى — التى كانت إلى عهد قريب موصدة الأبواب تجاه حركة تنظيم الأسرة — تقدما أكبر من أى منطقة أخرى ولم تكن النسبة الهائلة فى نمو عدد السكان ولا كثافتهم (وهى تختلف بين مكان وآخر ، وإن لم تشكل عبئا إلا فى المدن الكبيرة المزدحمة) ، هى التى أسهمت فى تقدم البرنامج بقدر ما أسهم فى ذلك اقتناع عام بوجوب تشجيع تحديد النسل كبديل لنسبة الإجهاض غير القانونى المنتشر فى أغلب بلاد هذه المنطقة .

وبالرغم من أن الموقف الرسمى المعارض للكنيسة الرومانية الكاثوليكية مازال يمنع الحكومات المسئولة من تبنى أى مشروع رسمى لتنظيم الأسرة ، إلا أن هناك إحساسا عاما بوجوب تشجيع جهود الجمعيات الخيرية التى تقدم للأفراد وسائل تحديد النسل حين تتطلب هذا حالتهم الصحية . وقد أمكن الاستعانة بكثير من أساتذة الجامعات والأطباء للإسهام فى هذه المجهودات فى أغلب هذه البلاد . وقد بدأ التحول فى المناخ واضحاً جداً حين عقد الاتحاد لتنظيم الأسرة المؤتمر العالمى الثامن فى مدينة سنتياجو فى أبريل ١٩٦٧ بدعوة من حكومة شيلى ، وحضر المؤتمر ممثلو عشرين دولة من أمريكا اللاتينية ، منهم اثنا عشر ممثلا بصفة رسمية من بين ممثلى سبع وثمانين دولة حضروا هذا

المؤتمر من شتى أنحاء العالم . وقد تكونت جمعيات محلية لتنظيم الأسرة فى أغلب بلاد أمريكا اللاتينية . وتدل الشواهد على أن حركة تنظيم الأسرة سوف تتوسع بسرعة جدا فى هذه المنطقة ، مما يدعو إلى توسع مواز فى توفير الخدمات التدريبية ليستجيب للرغبات المتزايدة فى تطبيق برامج التنظيم ، وخصوصا أن قيام المؤسسات المحلية المتطوعة بتحمل مسئوليات تطبيق هذه البرامج ، مع عدم وجود موافقة رسمية حكومية يخلق صعابا تنظيمية ومالية فى طريق التطبيق .

ولكن الموقف يتحسن باستمرار ، ففى منطقة البحر الكاريبى تحملت ترينداد مسئولية تطبيق برنامج لتنظيم الأسرة، وطلب مثل حكومات باربادوس وجامايكا التعاون مع الجماعات المحلية لتطوير برامجها .

وإذا تحولنا قليلا إلى المناطق التى طبقت فيها برامج تنظيم الأسرة منذ فترة أطول مثل كوريا الجنوبية وفورموزا وهونج كونج وسنغافورة لوجدنا إجماعا من دوائر البحث السكانية ، على أن لبرنامج تنظيم الأسرة فى هذه الأقطار أثراً واضحاً فى تخفيض نسبة تزايد السكان . وقد لعبت الجمعيات الخيرية التطوعية دورا كبيرا فى هذا المجال ، حتى إنها تحملت فى هونج كونج — وبمساعدة مالية كبيرة من الحكومة — كل مسئولية فى تنفيذ البرنامج .

ويزداد حجم المشاركة الحكومية فى هذه البرامج : بالهند ، والباكستان ، وماليزيا ، وسيلان ، تدريجيا حتى أصبح على المنظمات المحلية أن تبحث عن الوسيلة المثلى للمشاركة فى هذا النشاط القومى . وعلينا أن ننتظر بعض الوقت حتى نحكم على نتيجة هذه المحاولة . فلكل بلد مشكلاته وظروفه الخاصة التى على أساسها توجه الجمعيات الخيرية جهودها للمشاركة فى العمل الرسمى .

أما فى أوربا فإن الاهتمام يتركز حاليا فى محاولة تعديل بعض القوانين التى تحد من استعمال وسائل منع الحمل وتحرم الإجهاض بما يسهم فى الاستفادة من جهود تنظيم الأسرة . ففى إنجلترا مثلا أصبح استخدام وسائل منع الحمل مسموحا به فى مكاتب الصحة ، كما صارت قوانين الإجهاض أكثر تحرراً .

وفى الشرق الأدنى قامت الحكومات بتبنى برنامج لتنظيم الأسرة تسهم فيه الجمعيات الخيرية المحلية بدور فعال . ولكن الأحداث الحالية فى مصر والأردن قد أضرت بتقدم الجهود فى هذه البلاد .

أما حكومات شمال أفريقية فهى تشجع برامج تنظيم الأسرة ، حتى إن الاتحاد العالمى استطاع أن يقدم المعونة لتونس والمغرب .

ونستطيع الحكم على درجة التوسع فى نشاط الاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة إذا علمنا أن ميزانيته كانت لاتزيد على ٥٦٥٫٠٠٠ دولار عام ١٩٦٤ ، فأصبحت بين ٦ و ٧ فى عام ١٩٦٨ .

وقد أسهم فى زيادة دخل الاتحاد التبرعات التى يتلقاها من الأفراد بالولايات المتحدة التى كانت وما زالت هى وإنجلترا المصدرين الرئيسيين لدعمها الاقتصادى . ومن أهم المساهمين فيها مبرة الجنرال وليام درابر التى قدمت للاتحاد ٣٫٦٠٠٫٩٠٠ دولار ، مساهمة منها فى نشاطه للأعوام ١٩٦٦ و ١٩٦٨ . ثم توالت الاكتتابات الحكومية أسوة بما فعلته حكومة السويد ، فقد رصدت حكومات بريطانيا وأمريكا والدنمارك مبالغ مالية فى ميزانية الاتحاد .

ولكن ما يقدمه الاتحاد العالمى لجمعياته — على الرغم من كثرته — لايعدو أن يكون جزءاً بسيطاً ، مما تتلقاه هذه الجمعيات من حكوماتها ، ومن الهبات الخاصة ، ومما تجنيه من فرق أرباح بعد بيع موانع الحمل التى تبرعت بها المصانع للجمعيات مقابل أجر رمزى .

ويؤمن الاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة بأنه بسبب الظروف التى تمر بكثير من البلاد النامية فى أفريقية وأمريكا اللاتينية ، وكذلك إندونيسيا ، فإن عليه أن يقدم للجمعيات المحلية معونة أكبر مما قدم للبلاد المتقدمة ، فكونه مؤسسة عالمية غير منتمية لاتجاه سياسى معين يتيح له حرية عمل أكبر من المؤسسات الأخرى ذات الانتماء السياسى . ولنا أن نأمل أن تستمر هذه المعاونة باستمرار ، بل وبزيادة العون الشعبى والفردى له .

وبالرغم من التقدم الواضح فى برامج تنظيم الأسرة فإن علينا أن نؤكد أنه لم تصل درجة تمسك الأفراد بهذه البرامج — مهما تكن قوة الدعم الحكومى — إلى هذه الدرجة من الشدة التى نراها فى البلاد المتقدمة .

وسيكون ضربا من عدم الواقعية أن ننتظر تقدما سريعا فى هذه البرامج بالبلاد النامية - عدا بعض آسيا وأمريكا اللاتينية - فى ظل ظروفها الاقتصادية والاجتماعية ، وكل ما نأمل هو أن يكون لإنشاء جمعيات رائدة لتنظيم الأسرة فى هذه البلاد أثر تدريجى ملموس فى تقبل قادتها الوطنيين لفكرة الحاجة إلى عمل حكومى وشعبى لتنفيذها .

وأن يشعر الآباء والأمهات فى العالم بالحاجة الحقيقية إلى تحديد حجم أسرتهم شىء ، أما أن يطبقوه بنفس القدر الذى يطلبه عالم اقتصادى يحسب حساباته بالمسطرة الحاسبة — فذلك شىء آخر تماما .

٢٤

السويد : مساعدة من بلد متقدم صغير

كارل وارين

بلغ ماتقدمه السويد لجهود التنمية بالبلاد النامية حوالى ٨٠ مليون دولار فى السنة المالية ١٩٦٧ — ١٩٦٨ ، وهو يساوى ٣ ر . فى المائة من دخلها القومى . وهو على ضآلته يبلغ أضعاف ما كانت تقدمه منذ ست سنوات . واستجابة لقرارات الأمم المتحدة فإن المبالغ المرصودة لبرنامج مساعدات التنمية السويدى ستصل إلى ١ فى المائة من الدخل القومى فى منتصف السبعينيات وقد لقى برنامج الـ ١ فى المائة — كما يسمى — معارضة ولكنها كانت فى الأغلب ممن يقولون بعدم كفاية هذه النسبة ويطالبون بزيادتها . وقد صار برنامج المساعدات السويدية المتزايدة يحظى بكل تأييد من الرأى العام الواعى .

المبادىء الهادية

تدعم السويد بقوة الأمم المتحدة ، وكل برامج المساعدات المتعددة لأطراف التى تديرها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة وقد رصدت السويد ٥٠ فى المائة من اعتمادات المساعدة بها لهذه البرامج . وهى نسبة كبيرة بالمقارنة إلى الدول الأخرى التى لاتسهم فى هذا النوع من المساعدات إلا بما لايزيد على ١٠ فى المائة من ميزانية مساعدتها . وهو موقف يؤكد رغبة حكومة السويد فى التعاون العالمى الخالص ، الذى لا تشوبه أطماع سياسية ، بحيث يكون للدولة التى تتلقى المعونة رأى فيما يقدم إليها ، يضاف إلى هذا ماتراه الحكومة السويدية من أن تقوية الأسرة الدولية بالأمم المتحدة يمكن أن

يكون هدفًا فى حد ذاته . وهى فى اشتراكها فى مشروعات التنمية المتعددة الأطراف تسهم فى إضفاء طابع العالمية وفعل الخير المتجرد على برامج التنمية بالعالم . ولعل أبلغ تعبير عن فلسفة السويد فى مساعداتها هو ما نقرؤه ، فيما يسمى بإنجيل المساعدات السويدية حيث ينص أحد بنوده على :

« تجد السويد من الصعب وغير المستساغ ربط المساعدات »

« بأى هدف اجتماعى أو سياسى ، ويجب علينا ألا »

« نفترض أن مبادئنا الاجتماعية والسياسية ستكون مطلوبة »

« وعملية فى كل بلاد العالم . ولا ينبغى أن يمنعنا هذا »

« من توجيه برامج مساعداتنا على النحو الذى يسهم فى نمو »

« الديمقراطية السياسية والمساواة الاجتماعية . »

ومن دواعى تقديم مساعدات التنمية تقول الوثيقة :

« حفزنا على ذلك ، إحساس بالواجب الأدبى وبالتضامن »

« بين دول العالم . فلم تعد مبادىء كرامة الإنسان »

« والمساواة الاجتماعية — التى ظهرت مع نمو دول أوربا »

« الغربية فى القرن الماضى — تقف عند حدود الأوطان »

« أو الأجناس ، ولا الحرية أو الحرب والسلام » بل تقول الوثيقة »

« لم تعد هذه المبادىء مجرد مبادىء وطنية ، بل أصبحت »

« ذات قيمة عالمية متزايدة ، وبذا كانت الحوافز وراء المساعدات »

« العالمية مثالية وواقعية فى آن واحد . »

وواضح أن تقف خلف برامج المساعدات الخارجية والسويدية نفس

الفلسفة التي تقوم على هديها سياسة الخدمات بداخل السويد . وهي فلسفة تهدف إلى عدالة اجتماعية من خلال تسويات بناءة كطريق إلى التقدم ، وتدعو هذه الفلسفة أيضا إلى زيادة معونة من يملكون لمن لا يملكون .

أهمية تنظيم الأسرة :

وإذا كان نصف معونة السويد لبرامج التنمية العالمية يقدم من خلال الوكالات العالمية فإن النصف الآخر تشرف عليه منظمات ثنائية تديرها المؤسسة السويدية للاتحاد العالمي للتنمية الدولية . وحتى يمكن بذل جهد مركز بالنظر إلى الإمكانيات المحدودة للسويد ، وبالذات في الخبراء الفنيين ، فقد اقتصرت برامج المعونات الفنية الثنائية على بلاد قليلة هي إثيوبيا ، وكينيا ، وتانزانيا ، وتونس ، وبأفريقية ، والهند ، وباكستان في آسيا .

وقد بذل الكثير من الجهد والتفكير لاختيار وسائل وأماكن المساعدات الفنية والاقتصادية . ويقوم جهد السويد المتواضع في العمل على توفير كل الإمكانيات المطلوبة للبلاد النامية ، فهي تؤمن بالحاجة إلى زيادة الإنتاج الزراعي للفدان ، وتعمل من ناحيتها على ذلك — إلى جانب اهتمامها بتوفير التعليم والتصنيع وتحسين الإسكان والمستوى الصحي بتلك البلاد . ولنستمع إلى إرنست ميشانيك مدير المؤسسة السويدية للاتحاد العالمي وهو يتكلم عن أهداف مؤسسته فيقول :

إننا نعمل على زيادة الإنتاج الغذائي ، ولكننا نعلم أن البليون القادم من المواليد سوف يزيد البشرية جوعاً . إننا نعمل من أجل زيادة التعليم ، ولكن زيادة المواليد التي تفوق الزيادة في إمكانيات التعليم والتدريب سوف ترفع من نسبة الأمية . إننا نعمل من أجل زيادة التصنيع في البلاد النامية ، ولكن الفيض الهائل ممن أنهوا مرحلة تعليم واتجهوا إلى المصانع سوف يزيد من نسبة البطالة . وإننا نقدم المال للمساهمة في مشروعات الإسكان والمجاري ، ولكن التزايد في عدد السكان سوف يزيد في الأحياء الفقيرة من الفقر والازدحام ، بل ومن الانحراف ، ويكون هذا على الأكثر في البلاد النامية .

سوف تحدث كل هذه المضاعفات مالم تقف الحكومات موقفا حاسما إزاء مشكلات السكان .

ولذا أبدت السويد اهتماما متزايدا بالحقل السكانى ؛ فقد كان من الواضح — إلى عهد قريب — أن المؤسسات الدولية قد وجهت جل اهتمامها إلى زاوية واحدة من الثنائى الخالد والحاجة والمعونة ، فوجهت اهتمامها إلى المعونة فزادت من تقديمها . ولكن الحاجة تتزايد بسرعة أكبر من المعونة حتى أصبحت المجهودات الدولية تخوض معركة خاسرة . ولنا أن نأمل الآن على الأقل فى إبقاء الحال على ماهى عليه « غالبية فقيرة ، وأقلية غنية . . . . تزداد غنى » .

التجربة المحلية :

لم تكن السويد بحاجة للذهاب بعيداً لكى نجد الدليل الواضح على أهمية الموازنة بين التزايد السكانى والدخل الاقتصادى .

ولقد اجتاحت السويد مشكلة حقيقية سببها تزايد السكان فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين .

فقد كان الناس يموتون جوعا فى سنوات القحط ، ومع ذلك لم تكن البلاد مزدحمة بالسكان ، وكان لها مستوى رفيع من التعليم ، وتنعم بموارد طبيعية وفيرة . ولهذا هاجر أكثر من مليون سويدى إلى الولايات المتحدة لأسباب اقتصادية .

وإن لهذا الرقم مغزى واضحا ، إذا وضعنا فى الاعتبار أن عدد السكان كان خمسة ملايين قرب نهاية القرن الماضى .

واليوم يستطيع الاقتصاد السويدى استعمال قوى بشرية أكثر من التى تقدم له عن طريق الإنتاج المحلى ، فلقد أصبحت السويد قبلة المهاجرين ،على أن الزمن قد علمنا ضرورة وجود تزايد متوازن فى عدد السكان ، فإن لهذا التوازن أهمية متساوية بالنسبة للفرد والأسرة والدولة .

ولهذا فقد اعتبر شعب السويد أن من حق كل أسرة فى العالم أن تخطط حجم أفرادها .

ومما تجدر الإشارة إليه أن أساس هذا الاتجاه السويدى هو العمل على نجاح فكرة تنظيم الأسرة أكثر منها محاولة لتقليل عدد المواليد .

ويتضمن برنامج تنظيم الأسرة مساعدة التحكم الاختيارى فى عدد المواليد . هذا إلى جانب تقديم النصح والعلاج للذين يعانون من عقم كلى أو جزئى . ولكن تحديد النسل أصبح اليوم هو الذى يثير اهتمام الغالبية العظمى من البشر.

ولذا تهدف السويد إلى مد برامج تنظيم النسل بما تحتاج إليه من معلومات وأدوات ، لكى تجعل من المستطاع للأهالى الذين يريدون تنظيم عدد أسرتهم أن يفعلوا ذلك .

وفى العالم الغربى ، وبين الجماعات المتقدمة ، أخذ بنظام تحديد النسل منذ أجيال .

وتؤكد البحوث الميدانية أن معظم الأمهات فى البلاد النامية يفضلن أن يكون لديهن عدد أقل ومعتنى به من الأطفال .

ولكن من أجل قلة المعلومات ووسائل تنظيم الأسرة ، فإن نفس هؤلاء السيدات يضطررن لممارسة الإجهاض .

وقد جاء فى المذكرة التى قدمها مدير الصندوق الدولى للطفولة اليونيسيف إلى الهيئة التنفيذية فى عام ١٩٦٦ : « أن الإجهاض هو الطريقة الوحيدة الممكنة التى تنتشر فى العالم اليوم لتحديد حجم الأسرة .

ولكن يجب تغيير هذه الحالة غير المرضية .

وإننا ملتزمون أخلاقيا بتقديم حل بديل فى مثل هذا الموقف المتدهور بدون أن ننسى أن نضع فى حسابنا الجذور الاجتماعية والاقتصادية .

المساعدات السويدية فى مجال تنظيم الأسرة :

الحقائق الأساسية

ليس تنظيم الأسرة بالدواء السحرى لكل الأمراض ، فإننا لا نستطيع حل مشكلة التخلف بتنظيم الأسرة فقط ، وفى نفس الوقت ان نستطيع حلها بدون تنظيم الأسرة .

وكان لهذا الاعتقاد أثره فى أن جعل حكومة السويد تعتبر تنظيم الأسرة جزءاً ذا أهمية متزايدة فى برامج مساعدتها الثنائية .

لقد خطط ونفذ برنامج مساعدة تنظيم الأسرة عن طريق الهيئة السويدية للتنمية الدولية ، وقد بلغت قيمة الإنفاق ...و٢٥٠ دولار فقط فى السنة المالية ١٩٦٢ — ١٩٦٣ .

ولكنه ارتفع خلال السنة المالية ١٩٦٧ حتى بلغ خمسة ملايين دولار — واستمرت الزيادة حتى وصلت إلى تسعة ملايين فى العام المالى ١٩٦٨ — ١٩٦٩ . وهذا يعنى زيادة نسبة المشاركة السويدية فى برنامج تنظيم الأسرة الثنائية من نسبة مئوية بسيطة فى بداية هذا العقد إلى ١٢ ٪ حاليا . وتدل الشواهد على أن هذه الزيادة سوف تستمر .

وقد استمرت السويد لعدة أعوام الداعية والمساهم الوحيد فى برنامج تنظيم الأسرة ، حتى تفهم العالم سياستها ، وعندئذ تلقت الهيئة السويدية للتنمية طلبات للتعاون من بلاد كثيرة بدرجة خلقت مشكلات اقتصادية وتنظيمية .

وتساعد الهيئة السويدية للإنماء العالمى المشروعات الوطنية لتنظيم الأسرة فى: سيلان ، وماليزيا ، والهند ، وباكستان ، وجزر موريشيوس ، وكوريا الجنوبية ، والمغرب ، وتونس ، وتركيا ، كما اشتركت مع الاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة فى برنامج التنظيم الأسرى بكينيا ونيبال ، وكان من تلك المساعدات التى تقدمها الهيئة تقديم العون المادى للنشاطات الرائدة فى مجال تنظيم الأسرة : بالجزائر ومصر ،

غانا ، وليبيريا ، ونيجيريا ، وأوغندا ، وتنزانيا ،وهونج كونج . وقد وقعت السويد وهيئة رعاية اللاجئين الفلسطينيين التابعة للأمم المتحدة اتفاقية تقضى بمساعدة قطاع غزة فى مجالى والتعليم والصحة ، بما فى ذلك تنظيم الأسرة .

وتساعد الهيئة المؤتمرات والندوات العالمية التى تناقش مشكلات الإسكان وتقدم العون المادى للبحث والتدريب . وبالإضافة إلى هذه المناشط فقد لبت الهيئة طلبات المعونة من دول أخرى . وفى عام ١٩٦٩ ستمتد خدماتها فى مجال تنظيم الأسرة حتى تستوعب دولا أخرى فى أفريقية وآسيا ، وأمريكا اللاتينية . فالهيئة لا تعمل إلا بناء على طلب من الحكومات الأجنبية .

فى عام ١٩٦٨ كان عدد خبراء تنظيم الأسرة حوالى عشرين : أغلبهم من السويديين ، والباقى إما دنماركى أو نرويجى . وقد تركزوا فى سيلان وباكستان وتونس ، يساعدهم ٢٦٠ عضوا محليا على جميع المستويات جندتهم الهيئة السويدية للعمل بها ، ولكن العون السويدى للبلاد الأخرى اقتصر على الناحية المادية أو الإنشائية .

ومن بين ٢٢٠ موظفاً يكونون هيئة الأركان للهيئة السويدية للإنماء العالمى يتفرغ ستة منهم لمشكلات تزايد السكان ، وتساعدهم مجموعة من الخبراء فى : أمراض النساء ، والولادة والإحصاء السكانى ، والتعليم ، والصحة ، والعلوم الاجتماعية .

نقص الخبراء :

وأمام هذا الطلب المتزايد للمعاونة فى مجال تنظيم الأسرة ظهر للسويد ذات الثمانية الملايين مواطن ، أن أهم ما يحد من توسع برامجها هو نقص الخبراء حتى فى عام ١٩٦٨ الذى زاد فيه عدد هؤلاء الخبراء عما كان فى الماضى ، ولكن علينا أن نتذكر أن تنظيم الأسرة لم يزل ضيفا حديث العهد على حقل المساعدات الفنية ، ويعنى هذا أن هناك مشكلات أساسية كثيرة يجب حلها قبل أن نتوقع توسعا أكبر . وفضلا عن هذا فإن المعونة الاقتصادية المجردة لبلد ما تحتاج إلى جهاز محلى نشط لاستقبالها واستعمالها . وبذا تخلق مجموعة من الصعاب عنق زجاجة ،

لكل من البلد المساعد والبلد الذى يتلقى المساعدة ، يؤدى إلى تعديل فى سرعة مساعدة برامج تنظيم الأسرة .

وقد حدث أخيرا تحول فى تناول الحكومة السويدية للمعاونة فى حقل تنظيم الأسرة ، وقد أحدث هذا التحول أثره فى مدى الاحتياج إلى الفنيين . فقد قل التركيز على البرامج الرائدة والتجريبية ، فى حين زاد على توفير الخبراء اللازمين لمستويات عالمية من فن التخطيط .

وكان وراء هذا التحول فى السياسة واقعا جديدا ، هو أن زيادة لنشاط التنظيم الأسرى واتساعه قد قلل من الحاجة إلى تجارب رائدة وأبحاث تجريبية . على حين زادت الحاجة إلى خبراء على أعلى درجة من التخصص لمساعدة البرامج المحلية المتزايدة فى تنظيم الأسرة . بالإضافة إلى هذا أدى تبنى الحكومات المحلية هـــذه البرامج إلى الحاجة الملحة إلى تكوين كادرات محلية تستطيع تنفيذها . فتحولت بذلك أهمية المساعدة الخارجية من إمداد بخبراء للقيام بأعمال تنفيذية إلى توفير خبراء يقومون بتدريب مواطنين محليين على القيام بالأعباء التنفيذية . وبذا صارت برامج المساعدات السويدية تهتم بتوظيف مستشارين على أعلى مستوى يشتركون فى توجيه البرامج مع الأجهزة المحلية ، وقل من يستخدم من خبراء فى النواحى التنفيذية بالبرامج السويدية . على هذا قل عدد من تقدم من خبراء بدون أن يؤدى هذا إلى التقليل من توسع برامج الخدمات السويدية فى مجال تنظيم الأسرة .

الحاجة إلى عمل عالمى منسق :

عند هذه النقطة يحسن أن أؤكد أنه ليس للسويد كفاية خاصة لمساعدة برامج تنظيم الأسرة . فكل ما تملك من مميزات هو قدرتها على العمل بدون عوائق مسبقة . وبالرغم من غنى السويد إلا أن إمكانياتها فى هذا المجال متواضعة بوجه عام ، وقد سبق أن ذكرت مدى النقص فى الأشخاص المؤهلين الذين يقبلون العمل فى البلاد النامية لمدد طويلة لعدة أسباب ، منها : عدم عالمية اللغة السويدية ،

واختلافات الطقس . وقد يكون خلو تاريخ السويد من النزعات الاستعمارية ميزة كبرى ولكنها أدت إلى نقص فى معلومات هذا البلد عن الأوضاع المحلية التى تسود الأقطار المحتاجة إلى معاونة فى مجال تنظيم الأسرة ، كما أن الموقع الجغرافى فى السويد بعيد نسبيا عن تلك الدول .

لذا كان اهتمام السويد بأن تلعب دور جرس الإنذار العالمى الذى ينبه العالم إلى المشكلة أكثر من أن تسهم فى مناشط ثنائية تقوم بدور الممول فيها .

وفى الخمسينيات بذلت السويد أقصى جهد لها كى تحرك الرأى العام العالمى والأمم المتحدة بوكالاتها المتخصصة ، والدول الغنية بهدف القيام بعمل ينسق فيه الإنسان والعلم والتكنولوجيا جهودا كبيرة للتحكم فى الانفجار السكانى .

فقد ظهر واضحا أن ما يمكن أن تقدمه السويد هو جهد متواضع فى هذه المشكلة العالمية . فالمشكلة العالمية تتطلب مجهوداً عالمياً لحلها .

ولقد طرأ تطور عالمى هام فى السنوات الأخيرة ؛ فقامت أسرة الأمم المتحدة بعدة خطوات نحو عمل مدروس فى مجال السكان ، بمساهمة عديد من الدول فى برامج المساعدات الثنائية لتنظيم الأسرة وبمعاونة العديد من الجماعات الأهلية مثل مجلس سكان نيويورك ومؤسستى فورد وروكفللر والاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة الذين استمروا فى عملهم الرائد الممتاز . ولعل ما هو أهم من ذلك كله هو أن عدداً كبيراً من الدول النامية قد بدأ برامج جريئة لتنظيم النسل . ويبدو أننا قد استطعنا أخيراً أن نحقق مشاركة عالمية ملموسة فى هذا المجال الذى عانى كثيرا من التجاهل ، على أن النجاح الكامل لن يتحقق إلا بتبادل الخبرات وتوزيع البحوث وتنظيمها وتجميع الإمكانيات حتى يمكن استغلالها على أحسن وجه .

وقد رحبت السويد بالإسهام فى صندوق الأمم المتحدة للسكان وأبدت اهتمامها بالمشاركة فى مشروعات تنظيم الأسرة التى تقوم بها الوكالات العالمية . فهى تشجع كل جهد يزيد من الوعى العالمى بمشكلة تزايد السكان . وهناك اهتمام خاص بوحدة بحوث السكان التى أنشأها حديثا مركز التنمية التابع لهيئة التعاون الاقتصادى والإنمائى ، والتى تشترك السويد فى تمويلها .

ومن المؤكد وجود حاجة إلى خلق تنسيق عالمى فى مجال تزايد السكان . وإن السويد لترحب كثيراً بمشاركة الأمم المتحدة فى هذا المجال .

دراسة ميدانية لمشروعى سيلان والباكستان :

وبعد أن تحدثنا باختصار عن الفلسفة التى تكمن وراء مساعدات السويد لبرنامج تنظيم الأسرة ، يجدر بنا أن ندرس مشروعين تسهم فيهما السويد بشيء من التفصيل ، وهما المشروع السويدى السيلانى لتنظيم الأسرة ، والمشروع السويدى الباكستانى لرفع مستوى الأسرة ، وهما أكثر المشروعات السويدية اتساعا ، ويشترك فيهما أغلب خبراء السكان فى السويد ، ويمثل هذان المشروعان أكبر مصدر للخبرة فى مجال المشاركة السويدية لبرامج تنظيم الأسرة الأجنبية .

المشروع السويدى السيلانى لتنظيم الأسرة :

وقعت السويد والسيلان فى عام ١٩٥٨ اتفاقية ثنائية للتعاون الفنى فى مجال تنظيم الأسرة . وقد اتفقت الحكومتان على « التعاون لتنفيذ مشروع رائد لتنظيم الأسرة فى منطقتين ريفيتين أو أكثر ، على أن توسع التجربة على ضوء النتائج الأولية ، حتى تشمل سيلان بأكملها » وعندما بدأ المشروع لم يكن هناك تخطيط رسمى للحد من التزايد السكانى فى أى بلد نام عدا الهند ؛ فقد كان الموضوع حساساً حتى إنه لم يكن من الممكن التحدث بشأنه بصراحة وعلانية .

وكان من أهداف المشروع عمل تقويم علمى لدرجة تقبل المواطنين للفكرة ومدى إمكان بدء مشروع لتنظيم الأسرة بالبلد . كما عمل المشروع على تقديم الإرشادات لأعضاء البرنامج فى الوحدات الرئيسية والرائدة فيه ؛ وتدريب الأفراد السيلانيين على أعمال تنظيم الأسرة .

وقد بدأ العمل بالمشروع عام ١٩٥٨ حين أقام أحد الخبراء السويديين فى أمراض النساء والولادة وتنظيم الأسرة مركزين رائدين فى منطقتين ريفيتين

اختيرتا بمعرفة وزارة الصحة وهيئة تنظيم الأسرة بسيلان ، وكانت إحدى المنطقتين قرية تبعد عن كولومبو عاصمة سيلان بحوالى ٢٥ ميلا ، يقطنها مواطنون من الجنس السنهالى البوذى ، يتكسبون من زراعة الرز والكاكاو والمطاط ، وكان عددهم ٧٥٠٠ نسمة ، منهم ٢٠٪ أميون .

أما المنطقة الأخرى فكانت مقاطعة جبلية يقطنها ٧٠٠٠ من هنود التاميل أغلبهم من الهندوس ، ٧٥ فى المئة منهم أميون .

وقد استخدمت هاتان المنطقتان كحقلى تجارب مع التركيز على القرية التى تمثل أصغر وحدة إدارية من الخدمات الصحية مما يجعلها المكان الأمثل لتقويم وتجربة مختلف طرق التطبيق قبل تنفيذها فى وحدات أكبر حجما .

وتبعا لخطة البرنامج أجرى تعداد سكانى للمنطقتين جرت متابعته . كما جرى بحث عن معلومات واهتمام مجموعات السكان المخصبة بتنظيم الأسرة .
وافتتحت وحدات صحة الأسرة — التى تقدم العناية للأم فى أثناء الحمل وبعد الولادة — بالإضافة إلى مراكز لصحة الطفل . ووزعت موانع الحمل للأسر مجاناً ، عند الطلب .

ولم تقتصر الوحدات على ذلك ، بل أسدت النصح والمعونة للأسرة التى تشكو العقم ، فكان لهذا أثر نفسى كبير .

ونظراً لما حققته الدراسات الرائدة من نتائج مشجعة ، ولزيادة الوعى بالمشكلة ، تقرر فى عام ٦٢ - ١٩٦٣ التوسع فى نشاط المشروع بمساعدة وزارة الصحة ، فأضيفت إلى المشروع مناطق جديدة أكثر اتساعا . وبذا كان اتجاه سير المشروع يبدأ بمنطقة إدارية صغيرة ، ثم وحدة متوسطة ، وينتهى بمركز صحى كبير يخدم مئات الآلاف من الأفراد .

وقد أظهر المشروع السيلانى نتائج مشجعة عند انتهاء مدته عام ١٩٦٥ .
وقد أثبت هذا المشروع إمكان تدريب واستخدام هيئات صحية للعمل بتنظيم

الأسرة ضمن مشروعات الصحة العامة . بالإضافة إلى هذا فقد ثبت أن تنظيم الأسرة ليس مفيدا فقط ، بل مقبولا أيضا عند الكثرة من المواطنين . لذا يصح لنا أن نطالب بأن يكون تنظيم الأسرة جزءاً لا يتجزأ من برامج صحة الأسرة .

وبذلك يكون المشروع فى مرحلته التجريبية قد أسهم فى خلق موقف إيجابى تجاه تنظيم الأسرة فى أغلب الأحياء ، مما أدى بالتالى إلى تبنى برنامج شامل لتنظيم الأسرة يغطى القطر كله .

وفى عام ١٩٦٥ وقعت اتفاقية جديدة بين السويد وسيلان لبدء مشروع شامل لتنظيم الأسرة ، ساعدت فيه السويد على تدريب الأطباء والفنيين اللازمين لهذا البرنامج فى كل مستوياته . كما قدمت وسائل منع الحمل ونظمت أجهزة حفظها وتوزيعها . ثم قدمت العملة الصعبة اللازمة لإنشاء ٣٥٠ وحدة لتنظيم الأسرة وأمدتها بالسيارات اللازمة . ويقوم المشروع بالإضافة إلى هذا بتقديم النصائح فيما يختص بالتطبيق الميدانى للبرامج ويسهم فى البحوث الهامة .

وقد اعتمد المشروع أساسا منذ بدايته على الهيئات المحلية فى التنفيذ ، ولم يكن هناك موظف سويدى دائم إلا مدير المشروع ، ويساعده خبراء طبيون واجتماعيون وتربويون وخبراء فى المسح السكانى يعملون لفترات طويلة أو قصيرة ، ولكنها عموما مؤقتة . وقد أسهم المشروع فى تقديم التسهيلات حتى يمكن لبعض الفنيين المحليين تلقى تدريبات على مستوى أعلى بالخارج ، وكان عدد الموظفين المحليين حوالى ٤٠ . وحين انتهى البرنامج كان مجموع ما أنفق حوالى ١٫٢ مليون دولار .

وحين انتهى المشروع فى أغسطس عام ١٩٦٨ كان قد كون جهازا إداريا قوميا لتنظيم الأسرة يشمل — بالإضافة إلى ذلك — مركزا للخدمات الصحية . وقد تم فى هذا العام إعداد كل الفنيين اللازمين ، وتجهيز كل العيادات ، وتدريب العاملين وإنشاء خطوط للإمدادات ومساعدتها بوسائل النقل اللازمة . وكان للبرنامج

ميزة كبرى ، وهى اندماجه فى البرنامج الصحى العام للبلد ، فإذا وضعنا فى حسابنا المساعدة الكبيرة التى قدمتها جمعية تنظيم الأسرة المحلية وخدمات مجلس السكان فى ميدان التقويم والاتصالات ، كان لنا أن نأمل فى أن يحقق البرنامج الهدف المنشود ، وهو التقليل من نسبة المواليد من ٣٥ لكل ألف عام ١٩٦٥ إلى ٢٥ لكل ألف عام ١٩٧٦ .

المشروع السويدى لرفاهية الأسرة بالباكستان

أدت زيادة الوعى بعواقب تزايد السكان فى الباكستان إلى أن تضع الحكومة برنامجا قوميا لتنظيم الأسرة فى الخطة الخمسية الثانية ١٩٦٠ — ١٩٦٥ ، ووقعت الباكستان والسويد اتفاقا يقوم بمقتضاه تعاون بين البلدين ضمن إطار المشروع القومى لتنظيم الأسرة ، وهو بهذا يختلف عن المشروع السويدى فى سيلان ؛ فهو هنا يعمل ضمن برنامج قد أنشىء مسبقا ، ولذا كان التأكيد على المساهمة فى البرنامج ، وليس على البدء بنشاط رائد فى هذا الميدان وكانت أهداف البرنامج هى المشاركة فى إنشاء وتشغيل العيادات النموذجية ، وفى تدريب العاملين ببرامج تنظيم الأسرة ، بالإضافة إلى تركية الجهود الإعلامية والثقافية التى تزيد من التقبل العام لفكرة تحديد النسل والمساهمة فى البحوث وتقديم بعض الأجهزة اللازمة. وأسهم المشروع فى علاج حالات العقم ، كما هى الحال فى المشروع السيلانى . وقد تركزت الجهود فى كراتشى وحيدر آباد بباكستان الغربية وشيتا جونج بباكستان الشرقية ، وتكونت مجموعات من السويديين كل مجموعة تضم طبيبا وممرضة تساعدهما الهيئة الصحية المحلية وإدارى سويدى .وقد اتسع مدى المشاركة فى عام ١٩٦٣ بإنشاء وحدات تنظيم أسرة مزودة بالوسائل السمعية والبصرية فى كراتشى ولاهور بباكستان الغربية ، وفى دكا بباكستان الشرقية . وقد أسهمت هذه الوحدات فى تدريب الفنيين المحليين بالإضافة إلى نشر الوعى. وقد أمدت السويد هذه المراكز بكل الأجهزة اللازمة . كما بعثت الباكستان بثلاثة خبراء فى وسائل الإيضاح البصرية والسمعية ، ومقابل ذلك دربت بعضا من الطلبة الباكستانيين على وسائل الإعلام بالسويد .

وقد كان هذا الاهتمام الحديث بوسائل الترغيب عام ١٩٦٢ نتيجة لدروس الماضى، فبالرغم من إنشاء ٢٠٠٠ — ٣٠٠٠ وحدة لتنظيم الأسرة، فقد ظلت هذه الوحدات تنعى من بناها. ومن هنا كانت الحاجة ملحة وواضحة إلى قيام بجهود تثقيفى وإعلامى يساعدها على نشر الوعى التنظيمى من عامة الشعب. فضلا عن الأطباء المشتركين فى البرنامج، فبدون إسهام كامل متفهم من الأطباء لن يكون هناك النجاح المنشود للبرنامج.

وفى عام ١٩٦٦ وقعت اتفاقية جديدة تقضى باستمرار المساهمة السويدية فى البرنامج الباكستانى القومى لتنظيم الأسرة حتى عام ١٩٧٠، وقد تركز المجهود حاليا حول تدريب العاملين بالبرنامج، وتهيئة وسائل الاتصال، والبحوث التطبيقية وإنشاء العيادات النموذجية وتوفير الأجهزة والإمدادات اللازمة. وقد أخذت الباكستان على عاتقها توفير كل مستلزمات البرنامج القومى من موانع الحمل للرجال، حتى إنها قدمت فى عام ١٩٦٧، ١١٥ مليونا منها. وقد قام مستشار سويدى بمساعدة السلطات المحلية على توفير وسائل التخزين والتوزيع.

وكان مجموع اتفاق السويد فى مجهودات تنظيم الأسرة بالباكستان بين ١٩٦٢ — ١٩٦٧ حوالى أربعة ملايين دولار، وعدد السويديين المشتركين، هم: مدير المشروع، وطبيبان، ومشرفا عيادات، ومستشاران فى وسائل الإعلام، ومستشار فى الطباعة، وخبير إمدادات، وباحث، ومساعد إدارى. أما عدد المشتركين من الباكستانيين فقد كان ٢٠٠ فى جميع المستويات.

والمشروع السويدى — الباكستانى مشروع عمل وتطبيق فى أغلبه. وبالرغم من السنوات الصعبة الأولى فالإحساس العام هو أن المشروع قد اندمج جيدا فى إطار البرنامج الباكستانى. لذا فإن هدف البرنامج هو أن تقدم السويد مساعدتها الهامة حيثما استطاعت للمشروع الباكستانى الشديد الطموح. وفى هذه الظروف يصعب تقويم الجهد المبذول، وعموما يجرى الآن تقويم لنتائج البرامج التدريبية والوسائل البصرية والسمعية. هـــذا التقويم

هو أهم عمل يقوم به قسم البحوث بالمشروع . وعموماً ، يؤمل أن تستطيع السويد تقديم مساعدتها المتواضعة في العمل الخاص الذى يجرى الآن بالباكستان بأمل تخفيض نسبة تزايد السكان من ٣ فى المئة فى العام إلى ٢٫٥ فى المئة فى عام ١٩٧٠ هذا الأمل الذى سوف يساعد على تحقيقه مشاركة مجموعات عمل أمريكية من جامعتى بركلى وجونز هوبكنز ، إلى جانب النشاط السويدى .

الخلاصة

إن مشكلة تزايد السكان بالعالم لها وجهان كمى وكيفى ، كيفى من حيث الحاجة إلى اكتشاف طرق أكثر جدة وأثراً فى تنظيم الأسرة . وكمى لأن الحاجة مازالت ماسة إلى المزيد من المشاركة والمعونة المادية ، وكما سبق أن ذكرنا فإن المشكلات العالمية تحتاج إلى جهد عالمى لحلها. وإن كانت طرق تناول هذه الحلول تختلف بين بلد وآخر ، ولذا يجب حين نطبق استراتيجية لمنع تزايد السكان أن نصبها فى قالب يتوائم مع طبيعة البلد ، أو المجتمع الذى تطبق فيه من حيث الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية .

ولقد نادى الرأى العام السويدى منذ مدة طويلة مطالباً ببذل جهد أكبر فى مجال تنظيم الأسرة لإحساسه بالارتباط الوثيق بين هذا التنظيم وبين ارتفاع المستوى المعيشى والصحى للأسرة . وقد وجهت السويد أغلب جهدها المتواضع إلى مجال تنظيم الأسرة لعلمها أن تحديد النسل وحده والدعوة إليه ما زالت هدفا صعب التحقيق بين أمم جاهلة فقيرة .

ولكنها تشعر أنه يكون ضرباً من الخيال إذا حاولنا الارتفاع بالمستوى الاقتصادى لبلد ما بدون خفض مماثل فى نسبة المواليد ، فإن مشكلتى الدخل والإنفاق يجب أن تحلا معاً .

ولسنا متأكدين تماماً من مدى إمكانية الوصول إلى الهدف المنشود ، ولكن مشكلة بهذه الخطورة تتطلب — منطقياً — عملا سريعاً وجاداً .

ملحوظة : أرنست ميشانيك مدير الهيئة السويدية العالمية للإنماء ألقى خطابه فى أثناء برنامج الدراسات العليا لتنظيم الأسرة فى يوليو سنة ١٩٦٦ ، وفى المؤتمر العالمى الخاص بالإخصاب والعقم ، وقد أشرنا لحديثه فى صفحة ٣٤٩ .

٢٥

الحكومة الأمريكية : عامل جديد وفعال

مالكولم هـ. ميريك

تشارك الولايات المتحدة الأمم المتحدة وجميع بلدان العالم اهتمامها المتزايد بالتكاثر الذى لم يسبق له مثيل فى تعداد شعوب العالم .

إن معدل الزيادة الحالى يخلق صعوبات كثيرة للاقتصاد العالمى والرفاهية الاجتماعية حاضراً ومستقبلا .

وتؤثر هذه الصعوبات فى البلاد النامية والمتقدمة صناعيا ، فإن لها أثراً حاسما فى مستوى معيشة الفرد والأسرة ، واستقرار المؤسسات الحرة ، وسلام البشرية وتقدمها .

اختلال التوازن فى الموارد :

إن المشكلة الرئيسية هى زيادة عدم التوازن بين سكان العالم والموارد المتوافرة لمقابلة احتياجاتهم ، وفى الغذاء والعمل ، والإسكان والتعليم ، والمؤسسات الصحية ، والطرق والمواصلات ، والخدمة الاجتماعية ككل .

الذى يحدث الآن فى العالم هو أن التزايد السكانى يفوق هذه الموارد بسرعة . وهكذا ففى وقتنا هذا حيث يقدم العلم والتكنولوجيا وسائل كثيرة لبناء حياة أفضل للبشرية ، فإن هذا التكاثر فى الأعداد يعوق ما تعد به التكنولوجيا من تقدم .

إن استمرار إطـــلاق العنان لهذه الزيادة مع التقصير فى وسائل إعالة الأفراد لا يمكن أن يكون مقبولا كأمل للمستقبل .

زيادة التعداد العالمى :

إن التعداد العالمى يزيد الآن بمعدل ٢ فى المئة السنة الواحدة — أى ما يوازى ٧٠ مليوناً سنويا — مع ارتفاع المؤشر إلى أعلى .

إن هذه الزيادة فى كل من العدد والنسبة المئوية لم يسبق لها مثيل فى حياة البشر ، وإذا استمرت هذه الزيادة ، وهذا ما لا ينبغى أن يحدث ، فإن تعداد السكان العالمى سيتضاعف خلال الـ ٣٥ عاما القادمة . هذا يعنى أنه خلال جيل واحد أى حوالى سنة ٢٠٠٠ سيزيد على عالمنا المضطرب هذا عالم جديد من البشر يبلغ حوالى ٣٫٥ بلايين ، وهذا بالطبع انفجار سكانى كبير .

ولنتساءل عن النتائج التى ستترتب على هذا التضخم من جوع وسوء تغذية ومرض وتعاسة .

زيادة السكان فى الأزمنة السالفة :

بمقارنة هذه الزيادة الحالية مع الأزمنة السالفة سنجد أن أول مضاعفة معروفة لسكان الأرض أضافت ٢٥٠ مليوناً ، وقد حدث هذا فى حوالى ١٧٠٠ سنة من بداية المسيحية إلى نصف القرن السابع عشر .

فى هذا الوقت كان تعداد سكان العالم ٥٠٠ مليون ، أى ما يوازى التعداد الحالى لسكان الهند .

ومنذ ذلك الحين ارتفع معدل الزيادة خصوصاً مع تقدم الوسائل الصحية . ثم أعقبتها زيادة أضافت مليوناً إلى تعداد العالم فى حقبة من الزمن مداها ١٥٠ عاماً ، ثم حدثت مضاعفة أخرى خلال ١٢٠ عاماً ، وحتى ١٩٢٠ .

ضرورة العمل على النطاق العالمى :

إن الصعوبات التى ترتبت على زيادة تعداد السكان ، وعلى قلة نصيب الفرد

من موارد الغذاء والاحتياجات الأخرى أثراً عالمياً ، فهى تبطىء من خطى التقدم الاقتصادى فى البلاد النامية وتؤخر من وصولها لمرحلة الاكتفاء الاقتصادى الذاتى وتزيد من احتياجها للمعونة الأجنبية .

وفى نفس الوقت فإن زيادة السكان وزيادة احتياجاتهم فى البلاد المتقدمة تجعل من قضية المساعدة أمرا صعبا .

فمثلا الفائض الهائل فى الحبوب الذى كان فى الولايات المتحدة منذ سنوات قليلة لم يعد قائماً .

فلقد استهلكت هذا الفائض ، المعونات التى قدمتها الولايات المتحدة للدول الخارجية .

كيف يمكن فى مثل هذه الظروف مقابلة التوسع المستمر فى الحاجة إلى الغذاء ؟ إن هناك حداً للفائض الغذائى فى أى بلد .

إن المشكلة المطروحة أمامنا تدعو إلى حركة عالمية واسعة ، حركة تعمل على تقليل معدل الزيادة السكانية مع التركيز على إنتاج كميات أكبر من المواد الغذائية ، وإيجاد فرص اكبر للعمل ، وتعليم أفضل ، وإسكان أفضل، وتوفير الاحتياجات الأخرى لحياة الإنسان .

وتعتبر برامج تنظيم الأسرة التى تأخذ بها معظم الدول جزءاً أساسيا من هذا العمل المطلوب .

إن المساعدة المتزايدة لهذه البرامج من خلال المنظمات العالمية والبلاد ، كل على حدة ، والمؤسسات الخاصة ، تلعب دوراً أساسيا .

ونأمل أن يزداد بمضى السنين انتشار هذه الأعمال واتساع نشاطها حتى تصل إلى النطاق العالمي المطلوب .

وإن حجر الأساس فى هذه المناشط هو ما تقوم به الدول ذاتها داخل حدودها .

ومن حسن الحظ أن الاهتمام والعمل قد نما من بلد إلى آخر فى العقد الحالى.

فمنذ ما لا يزيد على خمس أو ست سنوات لم تكن مشكلة التزايد السكانى تحظى باهتمام غالبية دول العالم .

أما اليوم فقد تبنت أمم ، يبلغ تعدادها أكثر من نصف سكان العالم ، برامج الحد من هذه المشكلة .

من هذه الدول : الدول الغربية والدول النامية ، ودول الكتلة السوفيتية والصين الشعبية .

وتنفذ ستة وعشرون من البلاد النامية برامج رسمية لتنظيم الأسرة ، هذا بالإضافة إلى ثلاثين دولة أخرى تقوم بتنفيذ برامج تنظيم الأسرة بها منظمات تطوعية ، أو تشترك فى الدراسة والتدريب على شئون السكان .

ولنأمل أن يزيد العمل العالمى من إيقاعه وأثره ، مع ازدياد التفهم لآثار التزايد السكانى ؛ فهذا أمر ضرورى لرخاء الجنس البشرى .

البرامج فى بعض البلاد :

وتصلح البرامج فى الهند وباكستان وكوريا الجنوبية؛ لأن تكون مثلا لما يجرى فى مجال تنظيم الأسرة فقد استطاع البرنامج الهندى بمساعدة ٢٤٫٠٠٠ مركز لتنظيم الأسرة ، و٢٥٠ وحدة متنقلة للتعقيم أن يقوم بتركيب مليون ونصف مليون لولب رحمى وأن يقوم بـ ٢٫٦ مليون عملية تعقيم .

وفى البرنامج الباكستانى استخدمت مليون امرأة اللوالب الرحمية ، فى حين استعمل ١٫٤ مليون من الأزواج وسائل أخرى لمنع الحمل ، وارتفع مؤشر

عملية تعقيم الرجال ارتفاعاً حاداً ، فقد بلغ عدد من أجريت له عملية التعقيم من الرجال ٢٣٫٠٠٠ فى شهر سبتمبر سنة ١٩٦٧ .

أما فى كوريا بلد الثلاثين مليونا ، فقد قدرت حكومتها أنه يجب أن يبلغ مجموع من يمارس تنظيم الأسرة فى عام ١٩٧١ حوالى مليونى زوج ، حتى تحقق برامجها هدفها المنشود من تخفيض نسبة تزايد السكان ، وقد ارتفعت معدلات استعمال اللوالب ووسائل منع الحمل الأخرى ارتفاعاً كبيراً فى ١٩٦٦ و ١٩٦٧ ، ويعمل بالبرنامج الكورى ٢٢٢٠ متخصصاً ، كما يخدم البرنامج ١١٠٠ وحدة لتركيب وسائل منع الحمل الرحمية ، و ٧٠ عيادة تعقيم ، و ١١ فريقا متنقلا لتنظيم الأسرة .

مساهمة الولايات المتحدة فى هذا العمل :

تسهم الولايات المتحدة فى العمل العالمى فى مجال تزايد السكان ، وتشجع آخرين على الاشتراك فيه ، هذا بالإضافة إلى مساعدتها على توسيع نطاق الإنتاج الغذائى والأعمال الأخرى التى تساعد على التقدم .

ولقد امتدت المعونات الحكومية المتزايدة والفيدرالية والمحليـــة إلى مشروعات التعليم والعمل من أجل تنظيم الأسرة .

وتتيح هذه المعاونة الفرصة لجميع الأسر الأمريكية للحصول على معلومات وخدمات من أجل تنظيم الأسرة متى شاءت . إنها تساعد شعبنا على جميع مستوياته الاقتصادية أن يكون له حرية شخصية فى السيطرة على إنتاجه وتحديد حجم أسرته بقدر يتمشى مع آماله ومصادر ثرواته ودخله . وقد اندمج هذا العمل مع الخدمات التى توفرها الحكومة للأمومة وصحة الطفل ، وخدمات صحية أخرى على المستوى القومى والمحلى . ومن خلال وكالات التنمية الدولية توفر الولايات المتحدة المساعدة للبرامج السكانية لعديد من

البلاد النامية ، وهى بلاد بلغت الزيادة السكانية فيها حداً أعاق الطريق نحو زيادة نصيب الفرد من الغذاء ومن التقدم فى المستوى المعيشى ، أو الاقتصادى أو الاجتماعى بوجه عام . وقد طلبت هذه البلاد المساعدة من الولايات المتحدة فى برامج تنظيم الأسرة إلى جانب ما تقدمه من مساعدات أخرى للتنمية .

أهداف المعونة الأمريكية :

إن أهداف المعونة الأمريكية بالداخل وبالخارج هى تحسين حالة الفرد والأسرة وما يترتب على هذا من فوائد للمجتمع .

وما برامج البلاد التى تتلق هذه المساعدة إلا أعمال تطوعية تقوم بها هذه البلاد لكى تصل بشعبها إلى هذه الأهداف نفسها .

بداية المعونة الأمريكية :

وقد بدأت المعونة الأمريكية للبرامج السكانية وتنظيم الأسرة فى الخارج حديثاً بإعلان الرئيس الأمريكى « جونسون » فى خطابه (حالة الاتحاد) يوم ٤ يناير ١٩٦٥ : « سوف أبحث عن وسائل جديدة لاستعمال علمنا للحد من الانفجار السكانى « العالمى » والنقص المتزايد فى موارد العالم » .

ولقد تأكدت هذه السياسة منذ ذلك الحين ، وساندها عمل الكونجرس والسلطات التنفيذية ، وعمل على توسيعها .

زيادة الاسهام فى الميزانية :

وقد ظهر جلياً أثر ازدياد نصيب وكالة التنمية العالمية فى الميزانية باتساع نشاطها فى هذا المجال . فقد ارتفع ما أنفق على المساعدات ارتفاعاً كبيراً عن مستواه المبدئى فى ١٩٦٥ . وزادت ميزانية المساعدات فى العام المالى الذى انتهى ١٩٦٥ زيادة حادة وصلت إلى ٣٥ مليون دولار ، ووصلت إلى ٥٠

مليونا فى عام ١٩٧٠ .

ومن الملاحظ هنا على وجه الخصوص هو استمرار توسع مثل هذه المساعدات لمسايرة المطالب الملحة للبلاد التى تشترك فى تنفيذ مشرعات تنظيم الأسرة ، ويشكل نقص المعونات عائقا فى طريق هذه المساعدة .

التنظيمات الادارية :

وقد بدأت منظمة الإنماء العالمى فى الاستعداد للتوسيع من نشاطها ، كما عينت وزارة الخارجية خبيراً فى شئون تزايد السكان . وأنشئت هيئة استشارية تربط بينهما .

وفى عام ١٩٦٧ تكون مكتب لمحاربة الجوع كفرع من مناشط منظمة الإنماء العالمى حتى يمكن التركيز أكثر فأكثر على الحد من تزايد السكان ، والعمل على زيادة الغذاء ، وتحسين الأحوال الصحية والغذائية . وفى نفس الوقت أنشىء مكتب آخر لمشكلات السكان حتى يغذى مكتب محاربة الجوع بالمساعدات الفنية المتخصصة .

وعينت المنظمة خبراء فى مشكلات السكان بكل مكاتبها الإقليمية بواشنطن وبمراكزها فى الخارج ، بالإضافة إلى خبراء متفرغين مقيمين بعدد من البلاد الأخرى . وقد عملت كل فروع المنظمة على أن يضم برنامجها جانبا يخدم تنظيم الأسرة ومشكلات السكان . وقد تزايد عدد خبراء مشكلات السكان حتى وصل إلى ما يقرب من الخمسين ، كما زاد اهتمام العاملين الآخرين بها .

العمل على نشر وسائل منع الحمل :

وكما تغير حجم العمل ، تغيرت الافكار . ففى عام ١٩٦٧ حدث تطور إلى الأمام فى مشروعات المنظمة حين قررت تبنى سياسة تدعو إلى نشر

وسائل منع الحمل والترغيب فيها ، وهو ما كان ممنوعا فى برامج المساعدات الأمريكية ، منذ عهد برنامج مارشال . وقد أسهمت هذه السياسة الجديدة فى مساعدة الدول النامية فى الحصول على ماتحتاج إليه من موانع الحمل، وأصبحت المنظمة تتلقى طلب هذه الموانع من عدد متزايد من الدول النامية .

أمثلة من المساعدات الأمريكية الحالية :

تدل المساعدات التى قدمتها الولايات المتحدة الآن على مدى اتساع برنامجها ، وتتلقى هذه المساعدات دول عديدة تتراوح بين دول تتبع برنامجاً قومياً شاملا تتبناه حكوماتها ، ودول مازالت فى مراحل استكشاف اقتصادى واجتماعى وسياسى لآثار مشكلة تزايد السكان . وتقدم وكالة التنمية العالمية مساعداتها فى كل هذه المراحل .

وفيما يلى بعض النماذج لما تقدم الوكالة من مساعدات :

١ — قدمت ١ر٣ مليون دولار للحكومة الهندية ، لشراء معدات منع الحمل فى عام ١٩٦٧ ، تستعمل ٥٠٠ر٠٠٠ دولار منها فى شراء حبوب منع الحمل ، والـ ٨٠٠ر٠٠٠ الباقية فى شراء موانع الحمل للرجال (الكبوت) . وسوف يساعد هذا الجهود المحلية الضخمة الرامية إلى شراء وتوزيع هذه الموانع .

٢ — قدمت منحة من ثلاثة ملايين دولار للاتحاد العالمى لتنظيم الأبوة فى ديسمبر ١٩٦٧ ، لدعم جهوده التى تهدف إلى مساعدة النشاط الخيرى التطوعى فى مجال تنظيم الأسرة ، والذى تقوم به منظمات محلية عديدة . وتستخدم حوالى المليون دولار من هذه المنحة فى شراء موانع الحمل ، وغالبيتها من الأقراص .

٣ — ساهمت فى تنظيم برنامج لبحث أثر استعمال أقراص منع الحمل فى جهود تنظيم الأسرة .

٤ — أمضت الوكالة عقدين بمبلغ ٦٢٨٫٠٠٠ دولار مع مجلس السكان لدعم جهوداته فى تنظيم الأسرة وتقويم برامج مابعد الولادة فى مستشفيات الولادة بالدول النامية .

٥ — قدمت الوكالة قرض كولى Cooley Loan لهيئة باكستانية فى عام ١٩٧٦ للمساعدة على إنشاء مصنع لموانع الحمل من أقراص وغيرها . وكانت قيمة هذا القرض ١٦٨٫٠٠٠ دولار بالعملة المحلية على أن تسهم الولايات المتحدة والباكستان بحصصهما فى رأس المال. وهذا النوع من القروض يمثل بوضوح ما يمكن أن تقدمه العملة المحلية التى تحصل عليها أمريكا من خلال برنامجها « الغذاء من أجل الحرية » ، حين توضع للمساعدة فى مجال تنظيم الأسرة .

٦ — قدمت منحة بمبلغ يساوى ٢٤٩٫٥٠٠ دولار بالعملة المحلية لتونس . عام ١٩٦٧ لمساعدة جهودها فى تنظيم الأسرة .

٧ — أقرضت قرضاً إنمائياً بمبلغ ٣٫٦ ملايين دولار لتركيا عام ١٩٦٧ لشراء ١٫٤٠٠ سيارة من أمريكا لتنفيذ برامج تنظيم الأسرة .

٨ — قدمت الوكالة المساعدة لجامعات أمريكية عديدة مثل : جامعة جونز هوبكنز ، وجامعة كارولينا الشمالية ، وجامعات هاواى ونوتردام وكاليفورنيا تدعيا لجهود هذه الجامعات فى الدراسات السكانية وأبحاثها فى مجال التدريب .

٩ — استخدمت مبلغ ٤ ملايين دولار بالعملة المحلية من إيراد برنامج الغذاء للحرية فى الهند عام ١٩٦٨ فى مجال تنظيم الأسرة . وقد صدر القانون رقم ٤٨٠ بالهند موافقاً على هذا الاستثمار .

١٠ — حصلت الباكستان بطريقة مماثلة على مبلغ ٢٫٥ ملايين دولار بالعملة المحلية .

١١ — تساعد الوكالة بعض المراكز فى أمريكا اللاتينية مثل المركز الأمريكى اللاتينى لبحوث تزايد السكان بسانتياجو شيلى ، وهو مركز تدعمه أصلا الأمم المتحدة ، ويقوم بتدريب خبراء يختارون من دول المنطقة المختلفة ، وقد تلقى هذا المركز الهام ٣٤٠,٠٠٠ دولار من الوكالة .

مبادىء وأهداف المساعدة الأمريكية :

ويجب ملاحظة أنه حين نتكلم عن أعمال وكالة التنمية العالمية فإن حديثنا يدور حول ما تقدمه من مساعدات لبرامج تنظيم الأسرة القائمة أكثر من الحديث عن برامج تقوم بتنفيذها الوكالة نفسها ، والاختلاف هنا واضح ؛ فمن المهم الإشارة إلى أن الوكالة لا تملك أو تدير أى برنامج . . فالبرامج كلها تديرها البلاد نفسها . وما تفعله الوكالة هو تقديم العون لهذه المجهودات حين يطلب منها ذلك ، بالإضافة إلى ما يمكنها أن تقدم من مساعدات فى مجالات البحوث الأولية وتدريب العاملين بهذه المشروعات .

وتسير مساعدات الوكالة لبرامج تنظيم الأسرة على هدى ثلاثة مبادىء هى :

١ — تقدم المساعدات — بناء على طلبات محددة — إما إلى هيئات محلية رسمية ، ، وإما إلى جمعيات خيرية ، عالمية كانت أو محلية .

٢ — حين تقدم الوكالة مساعداتها لبلد ما لا تشترط أى طريقة للاستفادة منها ، بل هى تترك للأفراد العاملين بالمشروع حرية اختيار طريقة العمل بما يناسب آراءهم ورغباتهم الشخصية ، والمناخ الثقافى الذى يحيط بهم .

٣ — لا تقصد الوكالة ، ولا تدعم سياسة معينة للحد من تزايد السكان ، ولكنها تشجع كل ما يزيد الوعى القومى لتزايد السكان وما له من آثار على التنمية والغذاء ومستوى المعيشة على وجه العموم . كما تسهم الوكالة فى البرامج المحلية لتنظيم الأسرة متى طلب منها ذلك حتى تكون لكل بلد الحرية الكاملة فى تطبيق برامج تحديد النسل بما يتجاوب مع رغباتهم .

أنواع المساعدة :

تمتاز المساعدات التى تقدمها وكالة الإنماء العالمى فى مجال تنظيم الأسرة بتنوعها ، فهى تشمل الخدمات الاستشارية فى نواح عديدة من الموضوع وبرامجه . كما تسهم فى تدريب المتخصصين من خلال جهد مشترك بين البلد المحلى والولايات المتحدة . بالإضافة إلى ذلك ، تقدم الوكالة ما تحتاج إليه بعض مراكز تنظيم الأسرة من وسائل منع الحمل ومعـــدات الانتقال واحتياجات البحوث والتحليلات والإعلام . وتقدم المساعدة فى شكل منح ، أو قروض ، أو الاثنين معا ، ويكون بعضها من الدولارات حتى يمكن الدولة شراء المعدات من أمريكا ، والبعض الآخر بالعملة المحلية وبالذات فى البلاد المستفيدة من برنامج الغذاء من أجل الحرية ، الأمريكى .

وتقدم الوكالة مساعداتها بطرق تتوائم مع ظروف واحتياجات برامج كل دولة على حدة . وهى مستعدة دائماً لتقديم دعمها داخل إطار من التخطيط المنظم للبرامج .

زيادة المشاركة العالمية :

ومع ازدياد المشاركة الأمريكية ، زاد ما تقدمه البلاد الأخرى ، والمنظمات العالمية والمؤسسات الخاصة ، زيادة كبيرة . وهذا ما يجب أن يكون لمواجهة الزيادةالمستمرة فى تبنى مشروعات تنظيم الأسرة ، وحتى يمكن مواجهة مشكلة تزايد السكان بجهد يتناسب مع أهميتها .

ومما يجدر بناالإشارةإليههو دخولالأممالمتحدة ووكالاتها المتخصصة ، فى مجال مساعدة برامج تنظيم الأسرة ، فى ديسمبر ١٩٦٦ وبإجماع الأصوات ، وافقت الأمم المتحدة على البدء فى مد دول عديدة بالمعلومات المطلوبة عن مشكلات تزايد السكان . ومع مرور الوقت يتزايد اهتمام الأمم المتحدة

بتنظيم الأسرة ، وسوف تدعم الولايات المتحدة مجهودها من خلال وكالة الإنماء العالمى . على أن أمريكا لم تعد الفارس الوحيد فى هذا المضمار ؛ فقد دخلته دول أخرى عديدة ، مثل السويد والدنمارك والنرويج وهولندا وانجلترا .

وبالإضافة إلى هذه الجهود الدولية ، تقوم كثير من المؤسسات الخاصة بمشاركة فعالة تستحق كل عرفان وشكر . ولعل أهمها مؤسسة فورد ، ومجلس السكان ، والاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة ، ومؤسسة روكفلر ، وصندوق باثفندر . وتعمل الدول والمنظمات المشتركة فى هذا العمل على تقديم جهد عالمى متناسق .

وتساعد وكالة الإنماء العالمى — إلى جانب مشروعاتها الخاصة — على تشجيع كل دول العالم ومنظماته الرسمية والخاصة على الإسهام فى هذا الجهد العالمى .

الخلاصة

يتطلع كل مخلص إلى مستقبل أكثر إشراقاً للإنسانية ، مستقبل يحصل فيه كل فرد على ما يحتاج إليه من غذاء ، وعمل ، وعلم ، وغير ذلك مما يجعل الحياة أفضل وأسعد . هذا هو تصورنا لعالم أفضل للجميع ، يقوم على تقدم مستمر فى كل أرجائه مصحوبا بالسلام والنظام اللازمين لرفاهية الإنسان ورخائه .

وعلينا أن نسهم فى إنجاحه بالرغم من صعوبة المشكلة التى نحاربها وهى مشكلة التزايد السكانى ، فهى أصعب حلا من العمل على زيادة الإنتاج العالمى .

ونظرا لحيوية المشكلة فيمكننا ، بل يجب علينا ، أن نوقن بأن البشرية لن تحلها إلا من خلال جهد مشترك . وإننا لنعلم مدى ما قدمته الآلات الحديثة والتكنولوجيا من خدمات لعالمنا فى مجالات الزراعة والصناعة وحياة الأسرة

وما يطلب الآن فى حقل تنظيم الأسرة هو الحد من المد السكانى بصورة تزيد من أثر هذه الخدمات .

والمجهود كبير ، وكذلك ستكون ثماره التى حان قطافها ، وخاصة فى البلاد الأقل تقدما .

حقا إنه تحد يحتاج إلى عمل عالمى .

القسم الخامس:

ملخص عام

٢٦

برامج تنظيم الأسرة وتحديد النسل

برنارد بيرلسون

أسهم فى هذا الكتاب علماء بارزون من مختلف أنحاء العالم اشتركوا جميعا فى تحديد ما تقوم به دولهم فى مجال تخصصها ضمن برامج تنظيم الأسرة. ويجدر بنا فى هذا التلخيص أن نرسم للموضوع صورة تاريخية شاملة.

ولنبدأ بمشكلة التكاثر السكانى: هناك العديد من المشكلات التى تنبع من عامل الزيادة السكانية فى عالمنا هذا، ولعل أهمها هى مشكلة التزايد السريع فى عدد السكان ببلد نام.

يبلغ تعداد سكان العالم اليوم حوالى ٣٫٥ ملايين يزيدون بمعدل ٢ فى المئة فى العام، ويزيد هذا المعدل إلى ٢٫٥ فى المئة فى العام بالدول النامية التى تمثل ثلثى مجموع سكان العالم. هذه النسبة إذا قدمت فى صورتها العددية المجردة لكانت رقما متواضعا، ولكنها تعنى أن العالم سيضاعف تعداده فى ظرف ٢٧ عاما. وإذا أردنا التحديد، ففى عام ١٩٩٠ سيصل تعداد الهند إلى بليون نسمة، وتصبح الباكستان ٢٥٠ مليوناً، وإندونيسيا ٢٠٠ مليون، والبرازيل ١٧٥ مليوناً، والمكسيك ٩٥ مليونا، والفلبين ٧٠ مليوناً، وتركيا ٧٠ مليوناً. وهذه سرعة فى النمو السكانى لم تعرف لها البشرية مثيلا فى تاريخها.

وهناك بعض المفهومات الخاطئة عن أسباب هذا التزايد يجدر بنا أن نزيلها ؛ فالسبب الرئيسى ليس ارتفاعاً طرأ فى معدل التكاثر بقدر ماهو الهبوط فى نسبة الوفيات ، وليس من الواضح تماما ماهى العوامل التى أدت إلى هـذا الهبوط ، ومدى أثر كل منها ، ولـكن هناك ثلاثة منها تلعب دورا هاما بالتقدم الذى طرأ على وسائل المواصلات والإعلام ، وتحسن التغذية ، وتطبيق الوسائل الصحية للوقاية من الأمراض . وبالتالى اختل الميزان فى الدول النامية ؛ فقد أدى التوازن الذى ساد فى الماضى بين نسبة عالية من المواليد ، وبين نسبة عالية من الوفيات ، إلى معدل منخفض التزايد السكانى . ولـكن الوضع قـد تغير الآن ؛ فأغلب هذه الدول تتمتع بمعدل مرتفع فى نسبة المواليد ، ومعدل وفيات منخفض . وينتج عن ذلك معدل مرتفع فى التزايد السكانى . ولنا أن نتوقع ازدياد المشكلة صعوبة مع التحسن المستمر فى مستوى المعيشة والأساليب الصحية ، مما سوف يهبط بمعدل الوفيات فى أجزاء كثيرة من أفريقية لاتزال تعانى من ارتفاع فى وفياتها . وهذه مشكلة أخرى يجب أن تضعها برامج تحديد النمو السكانى فى حسابها للمستقبل .

وتوجد بعض الاعتقادات الخاطئة حول آثار الزيادة السكانية فى الغذاء والـكثافة السكانية ، فكثيراً ما ينظر إلى مشكلة تزايد السكان كسباق بين كمية الغذاء وعدد السكان ، أو بين المساحة المحدودة وعددهم . وصحيح أن الغذاء المحدود والـكثافة السكانية المتزايدة جزءان هامان من المشكلة ، ولـكنهما ليسا كل المشكلة ؛ فقـد استطاع العالم فى الحقبة الأخيرة أن يتجنب مجاعات الماضى القاسية ، مما أدى إلى انخفاض فى نسبة الوفيات . وبالإضافة إلى هذا ، ورغم أن المستقبل فى عالم الغيب ، إلا أن لنا أن نكون أكثر تفاؤلا ، نظرا للتطور الذى طرأ فى الزراعة ، وتشهد آسيا ثورة زراعية ، فقد أصبحت الوسائل الزراعية الأكثر تطورا فى متناول العديد من الدول الفقيرة .

ولاريب أنه مازال أمام العالم شوط كبير ليقطعه حتى يوفر لسكانه جميعا

غذاء كافيا ، إلا أن شبح مجاعات الماضى صار أكثر بعدا ، ومازال إطعام العدد المطلوب من البشر يمثل صعوبة حقيقية ، ولكنها ليست مستحيلة الحل على وجه العموم ، ولاتشكل المحور الأساسى لمشكلة تزايد السكان .

أما الكثافة السكانية ، وهى عدد السكان فى مساحة معينة فهى الأخرى ليست المشكلة الأساسية ، وإن كان من اللازم وضعها فى الحساب على المدى الطويل جدا ، فنحن نسكن كوكبا محدود المساحة والموارد . على أن هذا التزايد السكانى يمثل مشكلة حقيقية فى المجتمعات ذات الاقتصاد المغلق . وبالرغم من هذا ، وبتعبير اقتصادى ، فإن بعضا من أكثر مناطق العالم ازدحاما وثراء - الساحل الغربى للولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية - يتمتع بمستوى معيشة معقول جدا بالرغم من وجود مشكلات سببها التزايد السكانى ، ولكن المشكلة التى يسببها تزايد السكان أعمق وأكثر شمولا ، فهى تتمثل فى التأخر الشديد للنمو الاقتصادى بالدول الفقيرة ، وفى العبء الذى يلقيه تزايد السكان على ميزانية الدولة ؛ فهو يستهلك ما لا كان يمكن استخدامه فى تطوير التعليم والقدرة الفنية والإنتاجية ؛ وهى أسس إنشاء الصناعة الحديثة التى تسهم فى دفع مستوى المعيشة بكل مايعنى هذا لأهل البلد . ولذا نجد كثيراً من الدول النامية الطموح أن جهودها لبناء مجتمع صناعى حديث تذهب سدى لتزايد سكانها السريع ، فكل ما تستطيع هذه الجهود تقديمه هو إبقاء مستواها المعيشى كما هو بدلا من انخفاضه ، وتمد نسبة زيادة السكان من ٢٫٥٪ إلى ٣٪ معدلا يشكل عبئا ثقيلا على برنامج إنماء يبدو صعبا منذ بدايته .

فى مثل هذه الظروف الصعبة قامت الجهود التى ذكرت فى هذا الكتاب . وتزايد تدريجيا عدد البلاد التى فطنت إلى مشكلة تزايد عدد السكان والتى بدأت فى علاجها ، وعادة ما تكون البداية بعمل برنامج قوى لتنظيم الأسرة ينمو تدريجيا وبصورة واضحة .

وعادة مايبدأ الضغط برسم سياسة الحد من التزايد السكانى فى هيئة

التخطيط ، أو مايشابه ذلك ،حين يفطن الاقتصاديون إلى الأثر المعوق لتزايد السكان فى برامجهم الإنمائية . ولكن صيحة الإنذار قد تأتى من أماكن أخرى؛ ففى أمريكا اللاتينية أتت من الأطباء الذين أثار قلقهم تزايد نسبة الإجهاض ونتائجه على الأفراد والمجتمع .

يعقب ذلك دعوة من الدولة لبعض الخبراء الأجانب المتخصصين الذين يقومون بمسح شامل للموقف السكانى ، ويوصون بتبنى سياسة لتنظيم الأسرة. وبعد قيام سياسة رسمية لذلك تبقى هناك صعوبات على مستويات الحكم العليا تتصل بالحساسيات السياسية (الحقيقية أو المتوقعة) .

ومنذ أن يبدأ العمل بالمشروع تتسلمه أيد طبية فيصبح تنفيذه مسئولية وزارة الصحة التى تربطه ربطاوثيقا بمراكز رعاية الطفولة والأمومة ، وتعهد لطبيب متمرس فى الصحة العامة بإدارته . ويبدأ المدير عمله بالتعامل مع مشكلة تنظيم الأسرة كبند صحى آخر ، يضاف إلى العديد من الخدمات الصحية أو بإنشاء مراكز لتنظيم الأسرة ،أو قد يسلك الطريقين معا، ولكن الطريقين يفشلان فى الوصول إلى النتائج المرجوة ، وشيئا فشيئا يدرك المسئولون الحاجة إلى جهود أكبر لتكوين جهاز من المتخصصين ، وتوفير المواد والأدوات اللازمة ، وتوصيل المعلومات عن المشروعات إلى قاعدة أكبر من الشعب . فى حين يعكف الأطباء على دراسة طرق منع الحمــــل لاستخدام أكثرها فاعلية وأمانا .

وبعد مدة ، تقصر أو تطول ، تبدأ آثار الخطة الإعلامية فى الظهور ، وينمو اهتمام الجمهور بتحديد نسلهم ، ويصحب ذلك التوزيع المجانى لوسائل التحديد . ويتم ذلك على أساس اختيارى ، بل قد يتم صرف بعض المكافآت التشجيعية . ثم ينشأ مركز لتقييم نتائج المشروع عندئذ . وبعد انقضاء بضع

سنين من نقطة البداية تقام منظمة للإشراف على التنفيذ ، وعندئذ تزداد النتائج الإيجابية وضوحا .

وتطبق هذه السياسة الناجحة فى حوالى ثلثى عالمنا المتطور الحالى . وقد بدأت حركة تحديد النسل فى آسيا ، وفى هذه القارة لقيت أكبر نجاح لها ، فإن ٨٠٪ من سكانها يقطنون بلادا تتبنى سياسات لتنظيم الأسرة ، وهى نسبة عالية جدا إذا قورنت بالبلاد التى تقوم بإنشاء مراكز تنظيم الأسرة فى أمريكا اللاتينية وأفريقية الذى لا يتعدى ١٥ ــ ٢٠٪ . وفى الحقيقة ــ ولعل فى هذا شيئا من التناقض الغريب ــ لم تكن الدول النامية صاحبة المعدلات العالية فى التزايد السكانى هى أولاها فى تبنى سياسة تنظيم الأسرة ، فالواقع أن أكثرها تزايداً ، وبالذات فى أفريقية ، هى أبطؤها فى التحرك نحو تنظيم الأسرة .

أما تلك الدول الكبيرة ذات المستوى الثقافى الأعلى فقد سارعت إلى انتهاج برامج لتنظيم الأسرة . وفى إحصاء بسيط نجد أنه بين ١٣ دولة نامية يزيد تعداد كل منها على ٢٥ مليون نسمة ، يطبق أغلبها سياسة رسمية لتنظيم الأسرة ، عدا ثلاث دول : أولاها بلد كاثوليكى هو البرازيل ، وثانيتها نيجيريا (*) التى تتعرض لبعض القلاقل السياسية ، والثالثة دولة ارتأت الانعزال عن المجتمع العالمى ، وهى بورما . أما الدول الصغيرة التى تبنت برامج لتنظيم الأسرة فكان معظمها من الجزر الصغيرة ، ويبدو أن الخوف من أن يجدوا أنفسهم فى البحر يوما ما بسبب الزحام ، قد أثر تأثيراً إيجابيا فى مدى استجابتهم .

من هذا نرى أن الدول التى تنتهج سياسة تنظيم الأسرة قد بدأت السير فى طريق المدنية الحديثة التى تعنى فيما تعنى مزيدا من التعليم ، ودخلا أكبر

(*) نذكر الكتاب بالانجليزية إبان حرب الانفصال بين الحكومة المركزية وبيافرا (المترجم)

ووفيات أقل . وقد خدمت هذه السياسة كل بلد طبقها فى تحركه للانضمام إلى العالم المتمدن . والواقع أن سياسة تنظيم الأسرة جزء لا يتجزأ من هذا التحرك .

ولعله يجدر بنا أن نتذكر أن المسافة بين البرنامج المناسب وبين تطبيقه التطبيق السليم ليست قصيرة على أى حال بسبب بعض العقبات التى تلقاها سياسة تنظيم الأسرة من القيادات السياسية والثقافية والطبية . ولكن على المرء أن يتوقع دائما صعوبات مالية وتنظيمية ، بل وشخصية ، حين يدور مشروع ضخم كهذا فى عجلة البيروقراطية ، ولعل هذا ما جعل المراقبين راضين عن التقدم فى تطبيق البرنامج بالرغم من بطئه بسبب العقبات الدينية والأدبية والسياسية . إن إدخال فكرة جديدة لها هذا القدر من الحساسية فى مجتمع تقليدى يعانى نقصا فى الثقافة وفى الإرشاد ، ليعد عملا ضخما يتطلب جهداً كبيراً ومستمرا لإنجاحه .

ويجدر بنا أن نشير إلى حداثة مشروعات تنظيم الأسرة عموما . فكل ما ذكره هذا الكتاب لا يتعدى تاريخه الستينيات ، بل إن أغلبه تم بعد سنة ١٩٦٣ . إذن فالعالم ما زال فى المراحل الأولى لطريق طويل بطبيعته . وصحيح أن الكثير من الأعمال قد تم تنفيذه ، ولكن ما ينتظر التنفيذ أكثر جدا .

فما الذى تم تنفيذه ؟

أولا : زاد الوعى العالمى بمشكلات تزايد السكان ، ولا يظهر هذا جليا فى البلاد النامية فقط ، بل وفى البلاد الغنية أيضا . فقد أدرجت السويد والولايات المتحدة الأمريكية خدماتها فى التزايد السكانى ضمن برامج مساعدتها الخارجية ، ثم امتد الوعى إلى وكالات الأمم المتحدة المتخصصة ، فشمل منظمة الصحة العالمية التى أصبحت تضم وحدة تعمل على رسم برنامج لتنظيم الأسرة بعد أن كانت منذ عشر سنوات ترفض الإسهام فى أى جهود بهذا المجال ، بل إن مكتب مشكلات السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة صار يشارك فى المجهودات العالمية ، حتى إن الأمين العام قد تحدث فى ديسمبر ١٩٦٧ مهنئاً

بالبيان الذى اشترك فيه زعماء العالم مبينين أهمية بحوث السكان وتنظيم الأسرة، وقد وقع على هذا البيان رؤساء حكومات ٣٥ دولة لهم عقائد سياسية مختلفة . أما الكنيسة الكاثوليكية فقد أصرت على موقفها التقليدى الرافض ، وإن شاب هذا الرفض بوادر تذمر بين صفوفها . كما اقتنع مثقفو العالم بمدى أهمية مشكلة تزايد السكان ، وما قد تؤدى إليه من مضاعفات فى المستقبل . من كل ذلك نرى أن اهتمام الشعوب بمشكلة تزايد السكان قد ازداد بسرعة شديدة فى فترة قصيرة نسبيا ، وكان لهذا الاهتمام المتزايد أثره فيما تلا ذلك من خطوات .

ثانيا : تبنت حوالى العشرين دولة فى القارات الثلاث المتقدمة برامج لتنظيم الأسرة تشمل تحديد النسل . ولايسع المرء إلى أن يقدر رؤساء حكومات هذه البلاد لشجاعتهم ونظرتهم الصائبة للمستقبل حين يعالجون مثل هذا الموضوع ذى الحساسية السياسية والدينية . ولعل فى هذه الحساسيات ما سبب البطء بعض الشىء فى تنفيذ مثل هذه البرامج ، أودمجها كجزء من الخدمات الصحية للطفولة والأمومة . وكان اهتمام الحكومات ونشاطها الإيجابى فى مجال تنظيم الأسرة تطوراً هاماً جدا ، فنشاط القطاع الخاص لايكفى ليصل تنظيم الأسرة إلى هدفه المنشود . ويكفى هنا أن نقارن بين هبوط نسبة المواليد فى الغرب حاليا والذى تم بموافقة ورعاية الحكومات ، وبين هذا الهبوط الذى حدث منذ زمن بعيد جدا بالدول الغربية رغم اعتراضات الهيئات الحاكمة حينذاك .

ثالثا : الثورة التى طرأت على وسائل منع الحمل ، مثل اكتشاف أقراص منع الحمل واللولب ، وماجد عليها من تحسينات . وبقدر ما كان لهذه الموانع من فوائد كبيرة فى حد ذاتها فقد شجعت العاملين بحقل تنظيم الأسرة على تنظيم جهودهم حتى يمكنهم الاستفادة مما يمكن أن يقدمه علماؤهم الباحثون . فالترغيب والخبرة الفنية يسيران جنبا إلى جنب ، ويستفيد هذا بتفوق وامتياز ذاك ، صحيح أن فى إمكان أى مانع حديث للحمل أن يقدم لنا نتائج طيبة فى

هذا المجال ، بالرغم من عدم اتساع قاعدة استعماله ، إلا أن تحسين مثل هذه الوسائل المائعة مطلوب دائماً لزيادة الفاعلية والانتشار .

رابعاً : فيما يتعلق بالترغيب فى تنظيم الأسرة فقد أكدت الكثير من الدراسات فى هذا الموضوع أن هناك نسبة ذات وزن من سكان العالم النامى تهتم وترحب بتحديد حجم أسرها ، وهذه حقيقة تدعو إلى الدهشة ، حتى إن البعض لم يقتنع بها حتى الآن على ضوء ما توارثنا من اعتقاد بأن فكرة تنظيم الأسرة ليست بالتى تلاقى شعبية وتقبلا فى مجتمع زراعى تقليدى تهتم كل أسرة فيه بالإكثار من عددها حتى تصمد أمام ارتفاع نسبة الوفيات . وعلى ذلك يقبل السكان على تحديد النسل ، وبالذات فى الأسر التى تنوء بعبء عدد متزايد من أفرادها ، بل لقد أثبتت البحوث الميدانية أن كثيرا من السيدات يبدأن — على الأقل — فى اتباع طرق منع الحمل بمجرد أن تصاهن المعلومات والخدمات والأدوات بطريقة مناسبة ومقبولة ، وتتشابه الحوافز التى تحث على تحديد النسل فى الريف ، وفى المدينة الغربية . وتتلخص فى الرغبة فى توفير مستوى اقتصادى مناسب للأسرة وإيجاد فرص التعليم لأفرادها . وبالإضافة إلى هذا كله ، الحد من النسبة العالية للإجهاض غير القانونى بمختلف أنحاء العالم .

خامساً : ازداد حجم الخبرات والمعلومات التى تتصل ببرامج تنظيم الأسرة . كما زاد عدد البرامج القومية التى تهدف إلى الحد من النسل ، مما أدى إلى زيادة فى العاملين المدربين بهذا المجال . وتوافرت الوسائل التثقيفية والإعلامية بصورة ساعدت على نشر الوعى التنظيمى بين مختلف الشعوب . وقد استعانت الهيئات القائمة على تنفيذ المشروعات ببعض التجارب الميدانية التى أسهمت نتائجها فى نوعية القرارات التى اتخذتها هذه الهيئات ، وبهذا يحدث تطور بطىء ، ولكنه أكيد نحو خطط أكثر كفاية للحد من الانفجار السكانى على المدى القصير والمدى البعيد .

سادسا وأخيرا : ظهرت أولى الثمار فى البلاد التى تتمتع بظروف حسنة نسبيا مثل فورموزا وكوريا . ففى فورموزا حيث تتوافر الإحصائيات السليمة ، أحرز البرنامج تقدماً واضحاً ظهر فى شكل انخفاض ملموس بمعدل التزايد السكانى .(٢) أما فى كوريا ، حيث يصعب الحصول على مثل هذه الإحصائيات، فقد تأكد نفس الأثر بطرق غير مباشرة . لذا فقد بات واضحا أنه بالإمكان التقليل من معدل التزايد السكانى بجهود منظم اختبارى . كما أضاف التطور الزراعى أملا آخر .

« سيتطور الفلاح الآسيوى ، ويجدد نفسه متى وجد أن هذا فى مصلحته . وقد يجد الداعى إلى تنظيم الأسرة بعض المصاعب حين يحاول اقتحام سياج التقاليد الذى صنعه الفلاح . ولكنه يجب ألا ييأس . فكلما تعلم الفلاح أنه يستطيع التحكم فى مستقبله ومصيره ، صار أكثر تقبلا لفكرة تنظيم الاسرة وغيرها من الأفكار الجريئة » .

ومن الطبيعى أن يكون لما يبذل من مجهودات فى هذا المجال ردود فعل عديدة . فكلما زادت الإنجازات أثيرت التساؤلات فى مواضع مختلفة ، ووجدت الإجابة .

فمثلا : أثارت العلاقة بين التزايد السكانى والنمو الاقتصادى اهتماما كبيرا. فقد رأى بعض الباحثين التقليل من قيمة الضغوط السكانية على الاقتصاد . ولكن علماء الإحصاء السكانى الذين كانوا يؤمنون إيمانا جازما بالوضع الاقتصادى للمشكلة أثاروا بعض التساؤلات عن مدى استطاعة برامج تنظيم الأسرة الحالية النجاح فى هدفها .

والجواب على هذا السؤال يتوقف على مايعنيه بكلمة النجاح . إذا كان النجاح المقصود هو الوصول إلى الحد تماما من التكاثر السكانى فى الدول النامية قبل نهاية القرن العشرين ، فسوف يكون الجواب بـ « لا » قطعا . ولن

يعيب هذا سياسة تنظيم الأسرة الحالية ، فسوف يكون هذا مصير أى سياسة أخرى بديلة .

أما إذا كان النجاح يعنى قدرة البرامج على القيام بجهد ملموس نحو وضع هذه المجتمعات الريفية على طريق سليم يصل بها يوماً إلى تبنى سياسة عامة لتحديد النسل — وهى خطوة هامة وعاجلة فى حد ذاتها - فن الممكن اعتبار أن هناك بعض النجاح فى السنوات القصيرة التى طبقت فيها برامج تنظيم الأسرة .

والهدف الأول من برامج تنظيم الأسرة فى بلد نام هو النزول بنسبة التزايد السكانى من ٤٠ — ٤٥ مولود فى الألف كل عام (أو أكثر) ، إلى ٢٥ مولوداً فى الألف فى العام . ولو تحقق هذا الهدف لكان إنجازا كبيراً ، بل تاريخيا .

أما الهدف الثانى — فهو الوصول بهذه النسبة إلى معدلات الدول الغنية ، أى مايقرب من ١٨ — ١٩ مولودا لكل ١٠٠٠ نسمة وحين يتحقق هذا الهدف يكون العالم كله قد أصبح فى موقف آخر تماما من ناحية الكثافة السكانية .

وعلى هدى هذا التعريف للنجاح يكون من الأوفق أن نسأل : « وأى البرامج يحقق هذا النجاح ؟ » . فالبرامج الحالية تركز على الدعاية لوسائل منع الحمل ، وسهولة الحصول عليها أكثر من إقناع الأهالى بأن يكون مثلهم الأعلى المنشود هو أسرة أقل عددا ، على أن الاهتمام قد بدأ يتحول إلى الهدف الثانى كما يظهر من دعوة الحكومة الهندية للتوقف بعدد أطفال الأسرة عند طفلين .

وكان التأكيد على مساعدة الأسرة على تجنب المولود غير المرغوب فيه ، مما سوف يؤدى بالتالى إلى الحد من تزايد السكان ، فالعدد المطلوب من الأطفال يكون عادة أقل من الموجود فعلا . ولكن بعض المنتقدين لهذه الخطة يقولون إن هذا لن يقلل من نسبة التزايد كثيرا ، بل سيتركها عالية أكثر من اللازم .

ولذا كان المحور الأساسى للبرامج الحالية هو توفير عدد كاف من موانع

الحل حتى يمكن مد نشاطها فى اتجاهين : أولهما نحو مشاركة المزيد من الأفراد سواء من الجدد أو ممن استخدموا موانع الحمل من قبل . وثانى هذين الاتجاهين هو بث المثل التى تحبذ الحجم الأصغر للأسرة بين أفراد المجتمع ، ويساعد على ذلك تحول المؤشر الاجتماعى إلى اتجاه يعضد مبدأ تحديد النسل و تنظيم الأسرة .

على أن أهم سؤال يطرح نفسه الآن فى مواجهة الانتقادات للبرامج الحالية هو : هل من الممكن تقديم برامج أقوى أثرا فى ظل الظروف السياسية السائدة.

وهو سؤال لم يستطع ، حتى أكثر ناقدى البرامج الحالية ضراوة ، أن يقدم إجابة واقعية له يمكن تنفيذها فى المستقبل القريب .

وهناك اقتراح يتردد أحيانا داعيا الحكومات إلى سن القوانين التى تحد من النسل ، وإذا تركنا جانبا الصعوبات الأخلاقية والتنفيذية الكبيرة التى تقف فى وجه مثل هذا الاتجاه القسرى ، فمن الصعب تخيل وجود حكومة تتحمل سياسيا مسئولية مثل هذا القرار ، ثم تبقى بعد ذلك فى الحكم .

واقتراح آخر يستخدم مجانية التعليم كسلاح للحد من النسل . فهو يطالب بتحديد المجانية لأول ثلاثة مواليد وهو اقتراح قد يؤدى فى المدى الطويل إلى تدهور فى مستوى التعليم ، وهى نتيجة سيئة فى حد ذاتها إلى جانب ماسوف تؤدى إليه من نقص فى الوعى بتنظيم الأسرة بين مجتمع أكثر جهلا . وعلى العموم فهذا الاقتراح وأمثاله لن يؤدى إلا إلى معاقبة أطفال أبرياء بذنب لم يرتكبوه .

ولنأخذ مثلا آخر : فطنعه الدول النامية إلى ما لرفع سن الزواج من أثر فى التقليل من عدد المواليد . ولكن كيف نصل إلى هذا الرفع ؟ والسؤال الهام : هل يقدم لنا رفع سن الزواج نفس الفائدة التى يقدمها الجهد الفعال لتنظيم الأسرة ، فى نفس المدة المتاحة ؟ والجواب المعقول لهذا هو أن

الاتجاهين مكملان ، وليسا منافسين بعضهما لبعض . فتنظيم الأسرة يؤدى فى النهاية إلى قيام أسرة أكثر تحضرا يتبنى أفرادها فكرة الزواج المتأخر نسبيا . ومن الناحية الأخرى فإن رفع سن الزواج يحدث تغيرات اجتماعية جذرية تنتج رأيا عاما أكثر ترحيبا بتنظيم الأسرة .

وفى النهاية فإن التغيرات الاجتماعية الجذرية تساعد كثيرا على تحقيق سياسة تحديد النسل ، ولعل أهم هذه التغيرات هى اتساع قاعدة التعليم الشعبى ، وزيادة مشاركة المرأة فى العمل ، وتحررها بوجه عام . على أن هذه التغيرات ليست سريعة الحدوث ، كما أنها تتطلب استثمارات أكبر كثيراً مما يتطلب برنامجا لتنظيم الأسرة . وفى نفس الوقت أحدثت البحوث الحديثة بعض الاهتزاز فى الاعتقاد الراسخ بأثر هذه التغييرات الاجتماعية فى تحديد النسل .

ولقد أوضح هذا الكتاب مدى الجهد الكبير المبذول لتطوير برامج تنظيم الأسرة . ولكن مشكلة بهذا الحجم تدعو إلى سلوك كل طريق يسهم فى حلها متى كان واقعيا ومؤثرا . يساعد فى ذلك النجاح الكبير الذى حققه إنتاج موانع الحمل التى تشكل جانبا أساسيا فى كل برنامج قد يقترح فى المستقبل .

على أن أى جهد يبذل فى هذا الميدان ، يجب ألا يغفل عن الحقائق السياسية والاجتماعية فى عالمنا المعاصر ، ومنها ألا يقدر الساسة أو النخبة المثقفة ، الوزن القوى لضغط الرأى العام تقديراً كاملا ، ولذا لا يشجعون الإجراءات المتشددة . ومنها أيضا روح الشك التى تواجه المساعدات الفنية الخارجية كنوع من الإمبريالية ، أو الاستعمار الجديد .

ومن تلك الحقائق : النقص فى الأجهزة التنفيذية ووسائل الإعلام مما يجعل تنفيذ المشروعات الكبرى أكثر صعوبة ، وقلة الفنيين والاعتمادات اللازمة .

فى مواجهة كل هذه الصعوبات لا شك أن مجهوداً كبيراً قد بذل حتى

وصلنا إلى الموقف الحالى فى مثل هـذه الفترة القصيرة ، وفى وجود المعتقدات والآراء القديمة البالية .

وكما يعلم أى مخطط اجتماعى ، فإن شوطا طويلا يفصل بين الاقتراح المثالى وبين تنفيـذه .

وعلى الرغم من صحة الرأى الذى يقول بضرورة حدوث تغيرات اجتماعية واسعة قبل أن يحدث تقبل أوسع لمبدأ تنظيم الأسرة،وقبل أى هبوط محسوس فى نسبة المواليد ، إلا أن برامج تنظيم الأسرة المحدودة حالياً تؤثر بلا شك فى الوضع الاجتماعى المحلى . لم ينظر إلى مبدأ تحديد النسل كفكرة حيوية وهامة إلا منذ سنوات معدودة ، واحتاج لنشرها إلى شجاعة ، وبعد نظر ، وقيادة حكيمة وسوف يؤدى التقبل المتزايد لفكرة تنظيم الأسرة إلى التعجيل بالتغيرات الاجتماعية المطلوبة ، ومنها تحسن وضع المرأة فى المجتمع . ومثل هذا الترابط بين تنظيم الأسرة والأوضاع الاجتماعية لا يعدو أن يكون شيئاً طبيعياً فى مجتمع يتغير ويتطور .

أما المجهودات التى تستهدف تطوير حالة المجتمع ،مؤدية إلى تحديد النسل ، فهى لا تتعارض بالضرورة مع جهود تنظيم الأسرة الحالية . وما نحتاج إليه اليوم هو برامج أوسع شمولا يقوم بتنفيذها مواطنو كل بلد بأنفسهم .

على أن هناك الكثير من الجهد الذى يجب أن يبذل لحل مشكلة بهذا الحجم . وكثيراً ما يحول خبراء الإحصاء السكانى الأنظار عن التعاسة الإنسانية ، والجهل، والمرض ، والانحلال هؤلاء هم الخبراء الذين يحيطون بمشكلة تزايد السكان ،ولكنها مشكلة إنسانية، وليست أعداداً مجردة ، مشكلة تمس فى حقيقتها نوعية حياة الإنسان ، والموضوع ليس امتلاء دولة ما بالسكان إلى أقصى حد تسمح به مساحتها ، فهذا ما لم يحدث فى أى قطر بعد ، ولكن المشكلة هى نوعية الحياة التى نطلبها للإنسان فى المستقبل : تعليمه وثقافته ، وصحته وغذاؤه .

ومسكنه وعمله ، ومستوى معيشته وقدرته على إشباع احتياجاته . وإذا كان هذا هو هدفنا فلا بد من نظرة جدية لمشكلة تزايد السكان بالعالم .

وقد لا يستطيع العالم حل هذه المشكلة فى الجيل القادم ، ولكن يبدو أنه سيكون فى طريقه إلى التخفيف من ثقلها . وموضوع هذا الكتاب يبدو كحركة تاريخية ، ولها ككل حركة من هذا النوع انتصاراتها وهزائمها ومشكلاتها ونجاحاتها .

هل استطاع الجزء الخاص بتنظيم الأسرة فى برامج الحد من تزايد السكان ، تحقيق أهدافه فى هـــذه الظروف الدولية السائدة ؟ أم أنه يحج كفكرة منفصلة تسهم مع مجهودات أخرى فى حل هذه المشكلة ؟ مهما تكن الإجابة التى سوف يقدمها لنا المستقبل ، فإن كل المراقبين الذين ذكرناهم هنا يجمعون على أن ما يبذل اليوم من جهد هو بحق فرع كبير فى تيار تاريخى جارف نحو الحرية والكرامة للإنسان .

ملحوظات :

(١) انظر « لستر » ر براون « الثورة الزراعية بآسيا » فى مجلة الشؤون الخارجية . يوليو ١٩٦٨ ص ٦٨٨ — ٦٩٨ .

وكذلك « اتجاهات جديدة فى الزراعة بالعالم » ، فى دراسات فى تنظيم الاسرة عدد ٣١ ، يونيو ١٩٦٨ .

(٢) اقتبست هذه المقاطع من بحث « البرامج العالمية لتنظيم الأسرة ، ماهو موقفنا » . وقد أعد هذا البحث لجامعة متشيجان . نوفمبر ١٩٦٧ .

(٣) انظر روبرت . ج . بوتر وآخرين (برامج تنظيم الأسرة فى فورموزا مجلة العلوم . ٢٤ مايو ١٩٦٨ . ص ٨٤٨ — ٨٥٣ .)

(٤) انظر : براون . و . مجلة الشؤون الخارجية . صفحة ٦٩٤ .

(٥) مثلا : مقال سيمون كوزنتس « النواحى الاقتصادية لتحديد النسل بالدول النامية » . مقال أعد لجامعة ميتشجان . نوفمبر ١٩٦٨ .

أو مقالة « النمو السكانى وأثره فى النمو الاقتصادى » . محاضر الجمعية الامريكية للفلسفة الاجتماعية » . عدد٢٢ يونيو ١٩٦٧ . ص ١٧٠ —١٩٣ .

وكذلك مقال كولين كلارك« النمو السكانى والأرض المتاح » . فى كتاب مطبعة سان مارتين بنيويورك . ١٩٦٧ .

(٦) انظر كنجزلى دافيز « السياسة السكانية ، هل تنجح البرامج الحالية» مجلة العلوم — ١٠ نوفمبر ١٩٦٧ — ص ٧٣٠ — ٧٣٩ .

(٧) انظر : أنسلى . ج كول « العوامل التى تصاحب انخفاض معدلات التكاثر : ملخص تاريخى » .

مؤتمر الإسكان العالمى الثانى . ١٩٦٥ — ص ٢٠٥ — ٢٠٩ .
وكذلك مقالته « انخفاض معدلات التكاثر فى أوربا منذ الثورة الفرنسية حتى الحرب العالمية الثانية » مقالة لجامعة متشيجان — نوفمبر ١٩٦٧ .

(٨) تكتنف برامج تنظيم الأسرة الصعوبات حتى فى أمريكا كما يؤكد تقرير بعنوان « القانون كأداة لتحديد النمو السكانى » للدكتور هومر . ه . كلارك الابن — أستاذ القانون بجامعة كولورادو .

نشر فى : مجلة جامعة كولورادو للشئون القانونية : ١٩٦٨ — ص١٩٨
وفيه يقول :

. . . ماهى الوسائل الاجتماعية الممكنة للحد من التزايد السكانى وأثره الضار؟ لعل أهم أداة فى بلد يهتم بالقانون كأمريكا ... هى القانون نفسه ولكننا حيث نبحث عن حل قانونى للمشكلة نجده غير متيسر لسبب أو لآخر . إما لمعارضة جانب كبير من المواطنين له ، وإما لمخالفته لمعتقداتنا فى الحرية الشخصية ، وإما لعدم دستوريته . وحين نطرح الحلول الممكنة أمامنا لانكاد نظفر إلا بحل جزئى جدا فى شكل قانون يسمح بموانع الحمل ويشجع على توفيرها، وعلى الدعاية لها . ولا يمكن تقديم أى قانون أقوى إلزاما من هذا ويبدو أنه لابد من حملة تعليمية واسعة النطاق حتى يمكن الوصول إلى التغيرات الكبيرة المطلوبة .

كشاف تحليلى

(أ)

(ب)

(ت)

(ث)

(ج)

(ش)

(ع)

(غ)

(ف)

(ق)

(ل)

(ن)

(هـ)

(و)

دار العلم للطباعة ٤٠ شارع خيرت — المالية

تليفون : ٢٠١٤٠

رقم الإيداع بدار الكتب ١٩٧٢/٥٨٩٢

هذا الكتاب

يتضمن هذا الكتاب مجموعة مختارة من الأحاديث العلمية عن برامج تنظيم الأسرة، ويصف تجارب الحكومات فى بلاد كثيرة استطاعت أن تنظم النسل بها ، مثل اليابان التى تعتبر معجزة شرقى آسيا فى هذا المضمار ، كما تقرأ فيه ما قامت به بلاد مثل الهند والباكستان وتركيا وتونس وغيرها .

والكتاب يتناول فى قسم منه موضوعات متخصصة كبرامج الخدمات التى تقدم للأمهات بعد الوضع ، وتقييم لأحدث وسائل منع الحمل ، واتجاهات حديثة فى التحكم فى الخصب ، وتصنيع وتسويق وسائل منع الحمل ، ومدى ما تتكلفه برامج تنظيم الأسرة ، والمسح السكانى بأسلوب علمى .

وفى قسم آخر منه يتضمن عرضا لأهم برامج المعونة الدولية التى يمكن أن تحصل عليها الدول ، ومختلف الجهات والهيئات التى تقدم مثل هذه المعونة .

وعلى العموم فالكتاب طابعه التنوع فى عرض تجارب تطبيقية متفاوتة تجمع بين دول نجحت فى خفض معدلات مواليدها والتوصل إلى موازنة سكانية ، ودول بدأت حكوماتها تفيق من سباتها وتشمر عن ساعد الجد لمعالجة هذه المشكلة ، ودول تفاقم فيها الموقف السكانى حتى اضطرت إلى اللجوء إلى حلول يائسة .

إنه كتاب لابد أن يقرأ ، ، ،



